

Université de Montréal

Les effets des ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage dans les
départements d'urgence sur la qualité des soins

Par Marie-Claude Lacroix

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M. Sc.)
en Sciences infirmières
Option Administration des Sciences Infirmières

Novembre 2017

© Marie-Claude Lacroix, 2017

Résumé

Problématique : Le débordement des départements d'urgence est un problème généralisé dans les pays occidentaux. Il engendre des résultats négatifs chez les patients et influence la qualité des soins. Les gestionnaires évaluent différentes solutions pour améliorer la qualité des soins dans les départements d'urgence. Les ordonnances collectives sont une piste envisageable pour améliorer la qualité et donc la performance du système de santé. Le but du travail dirigé est de documenter, par une revue intégrative de la littérature, les effets des ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage dans les départements d'urgence sur la qualité des soins.

Méthode : Les dimensions de la qualité des soins de l'Institute of Medicine (2001) ont été utilisées comme cadre de référence. La revue intégrative a été effectuée par un repérage d'articles à partir de *Cochrane*, *CINALH*, *EMBASE*, *Medline*, *PubMed* et *Google Scholar*. Au total, 23 articles ont été retenus et analysés.

Résultats : La revue intégrative a permis de documenter les effets des ordonnances collectives initiées au triage par les infirmières sur les six dimensions de la qualité des soins. Les ordonnances collectives présentent un potentiel pour améliorer l'efficacité des soins offerts en diminuant, entre autres, le délai avant les traitements et les examens diagnostiques. Elles permettent aussi de diminuer la durée de séjour des patients dans les départements d'urgence.

Conclusion : Les ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage dans les départements d'urgence peuvent avoir des effets positifs sur la qualité des soins prodigués au patient. D'autres recherches avec des devis de recherche plus robustes sont nécessaires.

Mots-clés : département d'urgence, infirmière, ordonnances collectives, triage

Abstract

Problematic : Overcrowding of emergency services is a widespread issue in western countries. This situation results in negative effects on patients and influences the quality of care. Managers are evaluating different solutions to improve the quality of care in emergency departments. Standing orders are a possible way to improve the quality and performance of the health system. The aim of this integrative review was to identify, from the writings, the effects of standing orders initiated by triage nurses in emergency services on the quality of care.

Method : The quality of care dimensions of the Institute of Medicine (2001) were used as a frame of reference. The integrative review was done by selecting articles from *Cochrane*, *CINALH*, *EMBASE*, *Medline*, *PubMed* and *Google Scholar*. A total of 23 articles were selected and analyzed.

Results : The integrative review documented the effects of standing orders initiated by triage nurses on the six dimensions of quality of care. Standing orders have the potential to improve efficiency of care by reducing the time to treatment and diagnostic tests among other things. They also reduce the length of stay of patients in emergency services.

Conclusion : Standing orders initiated by triage nurses in emergency services can have positive effects on the quality of care provided to patients. Further research with more robust study designs are needed.

Keywords : emergency service, nurse, standing orders, triage.

Table des matières

Résumé	i
Abstract.....	ii
Liste des tableaux et des figures	v
Remerciements	vi
Chapitre 1 : La problématique, le cadre théorique et le but du travail dirigé	1
La problématique	2
Les départements d'urgence.....	2
Le partage des activités entre les professionnels.....	3
Les ordonnances collectives	4
Le but du travail.....	6
Le cadre théorique.....	6
Les concepts.....	7
Chapitre 2 : La méthode de recherche documentaire.....	8
L'identification du problème.....	9
La recherche documentaire.....	9
L'évaluation des données	10
L'analyse des données	10
La présentation des résultats	11
Chapitre 3 : L'article.....	12
Résumé	13
Abstract.....	14
Introduction	15
L'exemple du Québec.....	16
Objectif.....	16
Méthode de recherche	17
Stratégie de recherche	17
Évaluation des données.....	17
Analyse des données	17
Résultats.....	18
Caractéristiques méthodologiques des articles.....	18
Les ordonnances collectives étudiées	19

Les effets des ordonnances collectives sur la qualité des soins	20
Discussion	29
Forces et limites de la revue intégrative	31
Conclusion.....	31
Références.....	33
Chapitre 4 : La discussion	37
Les contributions pour les sciences infirmières.....	38
Les contributions pour la pratique	38
Les contributions pour la gestion.....	39
Les contributions pour la recherche	40
Les forces et les limites de la revue intégrative.....	40
Chapitre 5 : La conclusion	41
Les références	43
Annexe A : Recherche documentaire	48
Annexe B : Grille d'analyse Mixed Methods Appraisal Tool.....	52
Annexe C : Grille de lecture des articles	56
Annexe D : Critères de la revue Santé publique.....	63

Liste des tableaux et des figures

Figure 1 : Diagramme de flux.....	20
Tableau I : Caractéristiques méthodologiques des articles.....	25

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier ma directrice de recherche, Mme Roxane Borgès Da Silva, pour ses judicieux conseils et pour m'avoir guidée durant la réalisation de ce travail. Je remercie également Mme Kelley Kilpatrick, membre du comité d'approbation, et M. Carl-Ardy Dubois, membre du jury, pour l'intérêt porté à ce travail. Je tiens aussi à remercier Mme Assia Mourid pour son aide dans la recherche documentaire.

Différents collègues ont croisé mon chemin durant ces trois années d'étude. Je tiens à les remercier pour le partage de leur expérience et leur soutien. Merci à mes amis également pour leur soutien inestimable et leur encouragement au quotidien.

Finalement, je tiens à remercier ma famille. Votre encouragement continu et votre compréhension ont été d'une aide précieuse. Merci de m'avoir soutenue, encouragée et motivée durant mes études. Merci à mes parents qui ont toujours cru en mes projets et qui sont toujours derrière moi. Votre confiance m'amène à me surpasser au quotidien. Merci à ma sœur pour ses conseils, mais également pour ton aide dans la rédaction en anglais. Merci à mon conjoint qui, jour après jour, a su être patient et à l'écoute. Tu as su m'aider à garder la motivation nécessaire pour réussir ce travail, et ce, par ta présence et ton soutien.

Chapitre 1 :
La problématique, le cadre théorique et le but du travail dirigé

La problématique

Les départements d'urgence

Le problème d'accessibilité aux soins de première ligne au Québec est un problème largement documenté et médiatisé depuis les années 1970 (Commissaire à la santé et au bien-être, 2014). Récemment, des efforts ont été mis de l'avant et des sommes importantes ont été investies pour améliorer les soins de première ligne au Québec, telles que les investissements dans la création des groupes de médecine familiale (GMF), la réorientation vers les soins à domicile et la réorganisation des départements d'urgence (Commissaire à la santé et au bien-être, 2014). Néanmoins, le problème d'accessibilité demeure un enjeu central du système de santé québécois et est directement influencé par la disponibilité des ressources et la pertinence des soins (Commissaire à la santé et au bien-être, 2015). L'attente pour recevoir des soins de santé au Québec est un problème récurrent, sachant qu'uniquement 32 % des adultes québécois peuvent consulter un médecin la journée même ou le lendemain lorsque nécessaire (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012). Les Québécois nécessitant une consultation médicale se dirigent donc vers les départements d'urgence, alors que 46 % d'entre eux rapportent que le problème qui les amène à consulter aurait pu être pris en charge par leur médecin de famille (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012). La majorité des cas non urgents se présentant dans un département d'urgence s'explique par le manque d'accès à un médecin en première ligne et le manque de plateaux techniques à l'extérieur des centres hospitaliers. Selon des études récentes, environ 60 % des patients qui consultent un département d'urgence présentent un état de santé non critique qui ne nécessite pas de soins d'urgence (Commissaire à la santé et au bien-être, 2014, 2016; Hoot et Aronsky, 2008; Institut canadien d'information sur la santé, 2005).

Au Québec, les 124 départements d'urgence cumulent environ 3,4 millions de visites par année, soit un nombre relativement stable depuis les dix dernières années (Commissaire à la santé et au bien-être, 2016). Toutefois, le changement dans les caractéristiques démographiques de la population, tel que le vieillissement de la population, a un impact direct sur l'utilisation des services. En dix ans, la durée moyenne de séjour des patients ambulatoires a augmenté d'environ 50 %. Elle est passée de 3,1 heures en 2003-2004 à 4,6 heures en 2012-2013 (Commissaire à la santé et au bien-être, 2014). Actuellement, la durée moyenne de séjour des patients qui consultent un département d'urgence ne respecte pas les normes du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec.

Le débordement des départements d'urgence est un problème généralisé dans les pays occidentaux qui peut entraîner des conséquences importantes sur la santé des patients (Di Somma et al., 2015). Ce phénomène « se produit lorsque le besoin de services d'urgence dépasse les ressources disponibles pour les soins aux patients dans le département d'urgence » [traduction libre] (American College of Emergency Physicians, 2013). Il est influencé par des facteurs internes et externes propres à chaque centre hospitalier (Di Somma et al., 2015). Au-delà du contexte actuel de vieillissement de la population et de complexification des maladies, les départements d'urgence font souvent face à des ressources limitées et à une pénurie de main-d'œuvre (Barish, McGauly et Arnold, 2012; Jayaprakash, O'Sullivan, Bey, Ahmed et Lotfipour, 2009). Le débordement des départements d'urgence conduit à un excès de la capacité fonctionnelle de l'urgence, entraîne des délais dans le traitement des problèmes de santé et compromet la qualité des soins offerts à la population (Bernstein et al., 2009; McCusker, Vadeboncoeur, Levesque, Ciampi et Belzile, 2014). Les effets négatifs engendrés chez les patients sont, entre autres, une augmentation de la durée de séjour, une augmentation du nombre d'hospitalisations, une augmentation du nombre de patients qui quittent le département avant d'avoir vu un médecin et un accroissement de la morbidité et la mortalité (Carter, Pouch et Larson, 2014; Di Somma et al., 2015; Guttman, Schull, Vermeulen et Stukel, 2011). Le débordement des départements d'urgence influence directement la qualité des soins, de même que les coûts du système de santé (Bernstein et al., 2009; Di Somma et al., 2015; Hoot et Aronsky, 2008). Les gestionnaires des milieux évaluent différentes solutions dans une optique d'amélioration de la qualité des soins dans les départements d'urgence. Le partage des activités entre les professionnels est une piste envisagée pour améliorer la qualité des soins et la performance du système de la santé en diminuant les coûts associés à l'organisation des services de santé (Buchan, 1999).

Le partage des activités entre les professionnels

Le partage des activités entre les professionnels vise à redéfinir le mode d'organisation du travail favorisant la combinaison des compétences des professionnels à un moment précis. Des éléments contextuels, tels que la recherche d'innovation dans les milieux de soins et les pénuries de main-d'œuvre, motivent ces changements (Buchan et Calman, 2005). Différents types de partages des activités existent dans les milieux de soins de santé, tels que la

substitution et la délégation (Dubois et Singh, 2009; Sibbald, Shen et McBride, 2004). La mise en place d'ordonnances collectives dans une unité de soins permet la délégation d'actes auparavant réservés aux médecins vers les infirmières afin de potentiellement améliorer la qualité des soins.

Les ordonnances collectives

En 2002, au Québec, le projet de loi 90, soit la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (L.Q. 2002, c. 33), a clarifié le rôle des différentes professions du réseau de la santé. Cette loi reconnaît le rôle de l'infirmière et son expertise dans les soins de santé tout en précisant son champ de pratique. Avec ce changement, les autorités ont voulu élargir le rôle de l'infirmière dans un processus de collaboration interdisciplinaire, notamment en définissant les activités réservées aux infirmières, mais aussi les actes partagés avec les autres professions (Larouche, 2006). Ainsi, la Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII) prévoit une activité pour les infirmières, soit « d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance » (LII, L.R.Q., c I-8, art. 36). Elle permet, entre autres, l'application d'ordonnances collectives. L'ordonnance collective se définit comme une « prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habileté ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées » (Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, R.Q., c. M-9, r. 25, art. 2). Les principales ordonnances collectives appliquées au triage et existantes au Québec regroupent des mesures diagnostiques, telles que les analyses de laboratoires, les examens radiologiques et les électrocardiogrammes et des mesures thérapeutiques par l'administration de certains médicaments pour diminuer un inconfort (Gouvernement du Québec, 2006).

Les ordonnances collectives encouragent la complémentarité des champs d'expertise des médecins et des infirmières à l'urgence (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007). Elles sont un outil pouvant être appliqué dans différents contextes. Elles permettent la collaboration interprofessionnelle et elles reposent sur une intervention infirmière, permettant aux infirmières d'étendre leur pratique (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007). Les protocoles entourant l'application des ordonnances collectives sont établis par le

Département ou Service de médecine d'urgence et approuvés par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le conseil d'administration d'un centre hospitalier.

Les ordonnances collectives peuvent être intégrées au triage de l'urgence et être appliquées par les infirmières à la suite d'une évaluation clinique, et ce, avant que le patient ne soit évalué par le médecin. Ainsi, selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2007) et le Gouvernement du Québec (2006), l'infirmière qui porte un jugement clinique sur la situation d'un patient et lui attribue un niveau de priorité peut alors évaluer la pertinence d'initier un traitement ou une mesure diagnostique.

Afin de remédier au débordement des départements d'urgence et pour améliorer l'accessibilité et la prise en charge des patients en première ligne au Québec, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (CSBE) (2016; 2014) recommande d'augmenter les responsabilités des infirmières à l'urgence et d'accroître l'interdisciplinarité. Le CSBE (2016) recommande que le MSSS du Québec actualise le rôle des infirmières dans les départements d'urgence en permettant, entre autres, le rehaussement du rôle de l'infirmière dans le traitement des problèmes mineurs. Il recommande également d'encourager l'utilisation des ordonnances collectives. Dans 86 % des départements d'urgence du Québec, les infirmières peuvent initier des tests diagnostiques avec des ordonnances collectives au triage avant la consultation médicale. Toutefois, les ordonnances collectives utilisées demeurent limitées par rapport à l'ensemble des ordonnances collectives disponibles (Commissaire à la santé et au bien-être, 2016).

L'utilisation des ordonnances collectives n'est pas une mesure obligatoire dans les établissements de santé au Québec. Plusieurs facteurs influencent la mise en place et l'utilisation des ordonnances collectives, tels que le soutien des médecins, la confiance de l'infirmière, l'intérêt des infirmières face à l'extension de leur rôle, la fréquence de rencontre des situations cliniques abordées, l'ampleur du changement dans la pratique, la documentation nécessaire lors de l'application de l'ordonnance collective et la perception de l'utilité de l'intervention (Alvarado, 2007). Plusieurs ordonnances collectives sont disponibles par l'intermédiaire des ordres régionaux et de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), mais chaque milieu nécessite une adoption locale de l'ordonnance collective par leurs instances.

Les ordonnances collectives se présentent comme une solution pouvant améliorer la qualité des soins des établissements de santé en réduisant les effets engendrés par le

débordement des départements d'urgence. Les effets des ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage dans les départements d'urgence méritent que nous y portions une attention particulière, et ce, dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins offerts à la population.

Le but du travail

Le but du travail est de faire l'état des connaissances sur les effets des ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage dans les départements d'urgence sur la qualité des soins.

Le cadre théorique

Les efforts se multiplient dans les milieux de soins pour mesurer et améliorer la qualité des soins offerts à la population. Dans cette perspective, l'évaluation de la qualité des soins permet de déterminer les pistes potentielles pour optimiser les processus et les résultats du système de santé. La qualité des soins représente « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles actuelles » [traduction libre] (IOM, 2001, p.44). Les six dimensions de la qualité des soins, telles que définies par l'IOM (2001), permettent d'évaluer la qualité des soins offerts. Ces dimensions permettront de classer et d'analyser les données :

- 1) L'efficacité représente l'atteinte de résultats escomptés et réfère à la pratique fondée sur les résultats probants (Institute of Medicine, 2001);
- 2) L'efficience se définit par l'utilisation optimale des ressources disponibles dans le but d'atteindre les meilleurs résultats possible, soit l'efficacité maximale (Institute of Medicine, 2001);
- 3) La dimension de sécurité indique que les soins de santé offerts diminuent les effets indésirables possibles des processus de soins (Institute of Medicine, 2001);
- 4) Les soins opportuns représentent la ponctualité, soit une réduction de l'attente pour recevoir les soins de santé (Institute of Medicine, 2001);
- 5) L'équité mesure la répartition des services au sein de la population et assure que le système de santé traite également tous les patients (Institute of Medicine, 2001);

- 6) Les soins axés sur le patient représentent la capacité du système de santé de réellement placer le patient au centre de ses soins et réfère à la capacité de répondre aux besoins, aux valeurs et aux préférences du patient en matière de soins de santé (Institute of Medicine, 2001).

Les concepts

L'ordonnance collective est « une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecin à une personne habileté ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées » (Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, R.Q., c. M-9, r. 25, art. 2). Le concept d'ordonnance collective est un terme québécois qui entre dans les outils de la délégation d'actes médicaux dans les pays européens.

Le triage relève de la responsabilité du personnel infirmier et repose sur la détermination du degré de priorité associé à l'état de santé d'un patient suite à l'évaluation de sa condition. Ce degré de priorité est déterminé grâce à une classification prédéterminée et définit le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale. Le triage permet à l'infirmière de diriger le patient vers l'aire de traitement appropriée selon ses besoins (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2006).

Le département d'urgence se définit comme « un service de soins de santé pour évaluer et traiter toute condition médicale de sorte qu'une personne possédant une connaissance moyenne de la santé estime que des soins médicaux imprévus et immédiats sont requis » [traduction libre] (American College of Emergency Physicians, 2015).

Au Québec, le rôle de l'infirmière consiste à « évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé » (LII, L.R.Q., c I-8, article 36).

Chapitre 2 :
La méthode de recherche documentaire

La méthode de recherche de recension des écrits retenue dans le cadre du travail dirigé est une revue intégrative des écrits inspirée de Whittmore et Knaf (2005). La revue intégrative permet d'identifier, d'analyser et de synthétiser les connaissances sur un sujet. Elle contribue à l'applicabilité de celles-ci dans la pratique (Souza, Silva et Carvalho, 2010; Whittmore et Knaf, 2005). Il s'agit d'une méthode de revue de la littérature qui permet d'intégrer la littérature théorique et empirique afin de mieux comprendre un phénomène, tout en assurant la prise en considération de la littérature grise. Elle permet également d'inclure différents devis de recherche, soit des recherches expérimentales et non expérimentales, contribuant à présenter le phénomène selon différentes perspectives (Souza et al., 2010). La méthode comporte cinq étapes qui guident la recension des écrits : l'identification du problème, la recherche documentaire, l'évaluation des données, l'analyse des données et la présentation des résultats (Whittmore et Knaf, 2005).

L'identification du problème

La première étape vise à déterminer le problème qui fait l'objet de la revue de la littérature ainsi que le but visé, tout en définissant les variables et la population d'intérêt (Whittmore et Knaf, 2005). Cette étape permet de définir l'intervention à évaluer et les résultats à mesurer (Souza et al., 2010). La problématique a été présentée au premier chapitre de ce travail.

La recherche documentaire

La stratégie a été faite en collaboration avec une bibliothécaire de l'Université de Montréal. Le repérage d'articles a été réalisé en mars 2017 dans cinq bases de données électroniques : *Cochrane*, *CINAHL*, *EMBASE*, *Medline* et *PubMed* (annexe A). La base de données *Google Scholar* a permis de compléter le repérage des publications. Les mots-clés du MeSH utilisés étaient : *nurse*, *triage* et *emergency service*. Le concept d'ordonnance collective ne correspond pas à un terme MeSH et a nécessité la recherche à l'aide de différents mots-clés : *standing orders*, *medical directives*, *nursing orders*, *nursing protocols*, *nursing process*, *prescriptions* et *nursing interventions*. Le repérage d'articles a été réalisé à l'aide de différentes combinaisons et équations des mots-clés du MeSH ainsi que des mots-clés liés au concept d'ordonnances collectives. Les études couvrant les années de publication de 2006 à 2017 ont été retenues.

Les publications francophones et anglophones qui traitaient des effets des ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage dans les départements d'urgence dans tous les pays ont été incluses dans la recherche documentaire. Les publications qui abordaient les effets des ordonnances collectives initiées par les infirmières dans une autre situation qu'au triage dans les départements d'urgence ou qui étudiaient les ordonnances collectives qui sont appliquées par l'intermédiaire d'un protocole suite à l'évaluation du médecin n'ont pas été incluses.

L'évaluation des données

Les publications ont été importées dans le logiciel Endnote®. La recherche documentaire a permis de cibler 3 101 articles dans les différentes bases de données. Suite au retrait des doublons, il restait 1 993 articles différents. Une première sélection des articles a été faite par la lecture du titre, du résumé et des mots-clés. Suite à cette étape, 38 articles ont été conservés et ont été soumis à une lecture complète. La principale raison pour le retrait des articles est que le sujet principal ne traitait pas des effets des ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage des départements d'urgence. Une deuxième sélection relevait de la lecture de l'article en totalité. Les critères d'évaluation reposaient sur la pertinence des articles et leur contribution potentielle pour répondre au but établi, tout en considérant l'authenticité et la représentativité des résultats (Hopia, Latvala et Liimatainen, 2016). Les publications citées en référence dans les articles retenus et répondant aux critères d'inclusion ont été ajoutées à la liste d'articles. Au total, 23 articles ont été retenus et analysés.

L'analyse des données

La grille d'analyse *Mixed Methods Appraisal Tool* (annexe B) a permis d'évaluer et de décrire la qualité méthodologique des articles (Pluye et al., 2011). La quatrième étape consistait à classer, réduire, exposer, comparer et résumer les données dans une grille de lecture des articles préalablement établie (annexe C) (Whittemore et Knafl, 2005). Les caractéristiques méthodologiques des articles ont été listées dans une grille de lecture (auteurs, années de publication, devis d'étude, but de l'étude, échantillon et lieu de collecte). Les effets des ordonnances collectives sur la qualité des soins ont été répertoriés, puis analysés avec la grille de lecture. La synthèse des données par la classification des résultats en fonction des six dimensions de la qualité des soins de l'IOM (2001) a permis de faire

ressortir les principaux effets des ordonnances collectives initiées au triage des départements d'urgence par les infirmières.

La présentation des résultats

La cinquième étape consistait à communiquer les résultats issus de la revue intégrative des écrits auprès des personnes concernées. Les résultats rédigés sous forme d'article scientifique ont été soumis à la revue *Santé publique* dans la rubrique *Pratique et organisation des soins*. Les critères de la revue sont présentés à l'annexe D.

Chapitre 3 :
L'article

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

Titre : Les ordonnances collectives et la qualité des soins au triage des urgences : synthèse des connaissances

Titre court : Les ordonnances collectives au triage

Par Marie-Claude Lacroix^a et Roxane Borgès Da Silva^b

Résumé

Problématique : Le débordement dans les départements d'urgence est un problème généralisé dans les pays occidentaux. Il engendre des résultats négatifs chez les patients et influence la qualité des soins. Les ordonnances collectives sont une piste envisageable pour améliorer la qualité des soins et donc la performance du système de santé. Le but de l'article est de documenter, par une revue intégrative, les effets des ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage dans les départements d'urgence sur la qualité des soins.

Méthode : Les dimensions de la qualité des soins selon l'Institute of Medicine (2001) ont été utilisées comme cadre de référence. Une revue intégrative a été effectuée par le repérage d'articles à partir de *Cochrane*, *CINALH*, *EMBASE*, *Medline*, *PubMed* et *Google Scholar*. Au total, 23 articles ont été retenus et analysés.

Résultats : La revue intégrative a permis de documenter les effets des ordonnances collectives initiées au triage par les infirmières les six dimensions de la qualité des soins : l'efficacité, les soins axés sur le patient, l'efficacité, les soins opportuns, la sécurité et l'équité. Les ordonnances collectives présentent un potentiel pour améliorer l'efficacité des soins offerts en diminuant, entre autres, le délai avant les traitements et les examens diagnostiques et la durée de séjour des patients à l'urgence.

Conclusion : Les ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage dans les départements d'urgence peuvent avoir des effets positifs sur la qualité des soins prodigués au patient. D'autres recherches avec des devis de recherche plus robustes sont nécessaires.

Mots-clés : Département d'urgence, infirmière, ordonnances collectives, triage

^a Marie-Claude Lacroix, Infirmière, B. Sc., Étudiante à la maîtrise en Administration des services infirmiers, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada.

^b Roxane Borgès Da Silva, Ph. D., Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Chercheuse, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, Québec, Canada.

Abstract

Problematic

Overcrowding of emergency services is a widespread problem in western countries. This situation results in negative patient outcomes and influences the quality of care. Standing orders are a possible way to improve the quality and performance of the health system. The aim of this article is to identify, from the writings, the effects of standing orders initiated by triage nurses in emergency services on the quality of care.

Method

The quality of care dimensions of the Institute of Medicine (2001) were used as a frame of reference. The integrative review was performed by a selection of articles from *Cochrane*, *CINALH*, *EMBASE*, *Medline*, *PubMed* and *Google Scholar*. A total of 23 articles were selected and analyzed.

Results

The integrative review has documented the effects of standing orders initiated by triage nurses on the six dimensions of quality of care: effectiveness, patient-centeredness, efficiency, timeliness, safety and equity. Standing orders have the potential to improve the efficiency of care by reducing, among other things, the time to treatment and diagnostic tests. They also reduce the length of stay of patients in emergency services.

Conclusion

Standing orders initiated by triage nurses in emergency services can have positive effects on the quality of care provided to the patient. Further research with more robust study designs is needed.

Keywords: Emergency service, nurse, standing orders, triage

Introduction

Le débordement des départements d'urgence est un problème généralisé dans les pays occidentaux qui peut entraîner des conséquences importantes sur la santé des patients (Di Somma et al., 2015). Ce phénomène « se produit lorsque le besoin de services d'urgence dépasse les ressources disponibles pour les soins aux patients dans un département d'urgence » [traduction libre] (American College of Emergency Physicians, 2013). Il est influencé par des facteurs internes et externes propres à chaque centre hospitalier (Di Somma et al., 2015). Au-delà du contexte actuel de vieillissement de la population et, ce faisant, de complexité des maladies, les départements d'urgence, comme les autres secteurs du réseau de la santé, font souvent face à des ressources limitées et à une pénurie de main-d'œuvre (Barish et al., 2012; Jayaprakash et al., 2009). Le débordement des départements d'urgence conduit à un excès de la capacité fonctionnelle des urgences, entraîne des délais dans le traitement des problèmes de santé et compromet la qualité des soins offerts à la population (Bernstein et al., 2009; McCusker et al., 2014). Les effets négatifs engendrés chez les patients sont, entre autres, une augmentation de la durée de séjour, une augmentation du nombre d'hospitalisations, une augmentation du nombre de patients qui quittent le département avant d'avoir vu un médecin et un accroissement de la morbidité et la mortalité (Carter et al., 2014; Di Somma et al., 2015; Guttmann et al., 2011). Enfin, le débordement des départements d'urgence influence directement les coûts du système de santé (Bernstein et al., 2009; Di Somma et al., 2015; Hoot et Aronsky, 2008). Or, depuis quelques années, les gestionnaires des milieux de santé évaluent différentes solutions afin d'améliorer la qualité des soins offerts dans les départements d'urgence.

En effet, les efforts se multiplient dans les milieux de la santé pour mesurer et améliorer la performance des soins offerts à la population. L'évaluation de la qualité des soins permet ainsi de déterminer des pistes potentielles pour optimiser les processus et les résultats du système de santé. Rappelons que la qualité des soins représente « la capacité des services de santé, destinés aux individus et aux populations, d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances actuelles » [traduction libre] (Institute of Medicine, 2001). Aussi, le partage des activités entre les professionnels est une piste envisagée pour améliorer la performance du système de la santé puisqu'il permettrait de diminuer les coûts associés à l'organisation des services de santé (Buchan, 1999).

Le partage des activités entre les professionnels, contribuant à redéfinir l'organisation du travail, favorise la combinaison des compétences entre professionnels. Aussi, des éléments

contextuels, tels que la pénurie de main-d'œuvre et la recherche d'innovation dans les milieux de soins, sont à la base de ces changements. Différents types de partages des activités existent dans les milieux de soins de santé, tels que la délégation (Buchan et Calman, 2005). La mise en place d'ordonnances collectives dans une unité de soins permet la délégation d'actes auparavant réservée aux médecins vers les infirmières dans un contexte déterminé.

L'exemple du Québec

En 2002, au Québec, le projet de loi 90, soit la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, a clarifié le rôle des différentes professions de santé. La Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII) qui en découle prévoit une activité réservée aux infirmières qui leur permettent d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques suite à l'application d'une ordonnance. Cette activité leur permet, entre autres, d'appliquer des ordonnances collectives. L'ordonnance collective se définit comme une « prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées » ("Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, L.R.Q.,"). Les ordonnances collectives peuvent être intégrées dans différents contextes de pratique. Les infirmières au triage des départements d'urgence peuvent les appliquer à la suite d'une évaluation clinique, et ce, avant que le patient ne soit évalué par le médecin. Au Québec, les principales ordonnances collectives appliquées au triage regroupent des mesures diagnostiques telles que les analyses de laboratoires, les examens radiologiques et les électrocardiogrammes et des mesures thérapeutiques telles que l'administration d'un analgésique (Gouvernement du Québec, 2006).

Les ordonnances collectives se présentent comme une solution pouvant améliorer la qualité des soins des établissements de santé en réduisant les effets engendrés par le débordement des départements d'urgence. Les effets des ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage des départements d'urgence méritent que nous y portions une attention particulière, et ce, dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins offerts à la population.

Objectif

Le but de cet article est de faire l'état des connaissances sur les effets des ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage dans les départements d'urgence sur la qualité des soins.

Méthode de recherche

La revue de la littérature a été effectuée selon la méthode de recherche de type revue intégrative inspirée de Whitemore et Knafl (2005). Cette méthode permet d'inclure des articles comportant des devis de recherche qualitatifs et quantitatifs, ainsi que la littérature grise (Whitemore et Knafl, 2005).

Stratégie de recherche

La stratégie de recherche documentaire a été faite en collaboration avec une bibliothécaire de l'Université de Montréal, au Québec. Le repérage d'articles a été réalisé en mars 2017 dans cinq bases anglophones de données électroniques : *Cochrane*, *CINAHL*, *EMBASE*, *Medline* et *PubMed*. La base de données *Google Scholar* a permis de compléter le repérage des publications. Les mots-clés du MeSH (Medical Subject Headings, référence dans le domaine médical) utilisés étaient : *nurse*, *triage* et *emergency service*. Le concept d'ordonnance collective ne correspond pas à un terme MeSH et a nécessité la recherche à l'aide de différents mots-clés : *standing orders*, *medical directives*, *nursing orders*, *nursing protocols*, *nursing process*, *prescriptions* et *nursing interventions*. Le repérage d'articles a été réalisé à l'aide de différentes combinaisons et équations des mots-clés du MeSH ainsi que des mots-clés liés au concept d'ordonnances collectives. Les études couvrant les années de publication de 2006 à 2017 et publiées en anglais et en français ont été retenues.

Évaluation des données

Les publications ont été importées dans le logiciel Endnote®. La recherche documentaire a permis de cibler 3 101 articles. À la suite du retrait des doublons, il restait 1 993 articles. Après la lecture du titre, du résumé et des mots-clés, il restait 40 articles. La lecture complète de ces articles nous a conduits à en retenir 23 pour la revue de la littérature. La majorité des articles retirés ne portait pas directement sur l'objet de la revue de la littérature : les ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage des départements d'urgence.

Analyse des données

La grille d'analyse *Mixed Methods Appraisal Tool* a permis d'évaluer et de décrire la qualité méthodologique des articles (Pluye et al., 2011). Les caractéristiques méthodologiques des articles ont été listées dans une grille de lecture comprenant les auteurs, l'année de publication, le devis de recherche, le but de l'étude, l'échantillon et le lieu de collecte (tableau I). Les effets des ordonnances collectives sur la qualité des soins ont été répertoriés, puis analysés avec cette même grille de lecture. Les données ont été classées en fonction des six dimensions de la qualité des soins telles que définies par l'Institute of Medicine (2001) : l'efficacité, l'efficience, la

sécurité, les soins opportuns, l'équité et les soins axés sur le patient. L'efficacité représente l'atteinte de résultats escomptés et réfère à la pratique fondée sur les résultats probants. L'efficience se définit par l'utilisation optimale des ressources disponibles dans le but d'atteindre les meilleurs résultats possible, soit l'efficacité maximale. La sécurité indique que les soins de santé offerts diminuent les effets iatrogènes possibles du processus de soins. Les soins opportuns relèvent de la ponctualité, en lien avec la réduction du temps d'attente pour recevoir les soins de santé. L'équité mesure la répartition des services au sein de la population et assure que le système de santé traite également tous les patients. Les soins axés sur le patient représente la capacité du système de santé de réellement placer le patient au centre de ses soins et réfère à la capacité de répondre aux besoins, aux valeurs et aux préférences du patient en matière de soins de santé (Institute of Medicine, 2001).

Résultats

La recherche documentaire est décrite dans le diagramme de flux (figure 1). Dans le cadre de la revue intégrative, 23 articles ont été retenus et analysés.

Caractéristiques méthodologiques des articles

Les articles retenus présentaient différents devis de recherche, dont une revue systématique de la littérature et trois essais cliniques randomisés (tableau I). La majorité des articles sélectionnés étaient rédigés par des auteurs nord-américains : neuf articles étaient américains (Ashurst et al., 2014; Barksdale, Hackman, Williams et Gratton, 2016; Bruce, Maiden, Fedullo et Kim, 2015; Fosnocht et Swanson, 2007; Hendrickson, Zaremba, Wey, Gaillard et Kharbanda, 2017; Retezar, Bessman, Ding, Zeger et McCarthy, 2010; Sorensen, Keeling, Snyder et Syverud, 2012; Stauber, 2013) et cinq étaient canadiens (Douma, Drake, O'Dochartaigh et Smith, 2016; Fan et Woolfrey, 2006; Hwang, Payton, Weeks et M., 2016; Lee et al., 2016; Thompson et al., 2016; Zemek et al., 2012). Les autres articles étaient issus de la Chine (Wong, Chan, Rainer et Ying, 2007), de l'Australie (Finn et al., 2012; Patel, Celenza et Watters, 2012; Taylor, Taylor, Jao, Goh et Ward, 2013), de la Suède (Muntlin, Carlsson, Safwenberg et Gunningberg, 2011), des Pays-Bas (Pierik et al., 2016) et de Singapour (Goh, Choo, Lee et Tham, 2007). Les lieux de collectes de données étaient des départements d'urgence dont neuf se trouvaient dans des centres universitaires (Bruce et al., 2015; Fan et Woolfrey, 2006; Finn et al., 2012; Lee et al., 2016; Muntlin et al., 2011; Patel et al., 2012; Retezar et al., 2010; Stauber, 2013; Wong et al., 2007), trois dans des centres hospitaliers pédiatriques (Hendrickson et al., 2017; Thompson et al., 2016; Zemek et al., 2012), quatre dans des centres de trauma niveau 1

(Barksdale et al., 2016; Hwang et al., 2016; Lee et al., 2016; Pierik et al., 2016), un dans un centre de trauma niveau 2 (Retezar et al., 2010) et huit dans des centres tertiaires (Ashurst et al., 2014; Finn et al., 2012; Hendrickson et al., 2017; Lee et al., 2016; Patel et al., 2012; Taylor et al., 2013; Thompson et al., 2016; Zemek et al., 2012). Selon la grille d'analyse *Mixed Methods Appraisal Tool* de Pluye et al. (2011), 11 articles présentaient un résultat supérieur à 75%, alors que quatre articles présentaient un résultat égal ou inférieur à 50%.

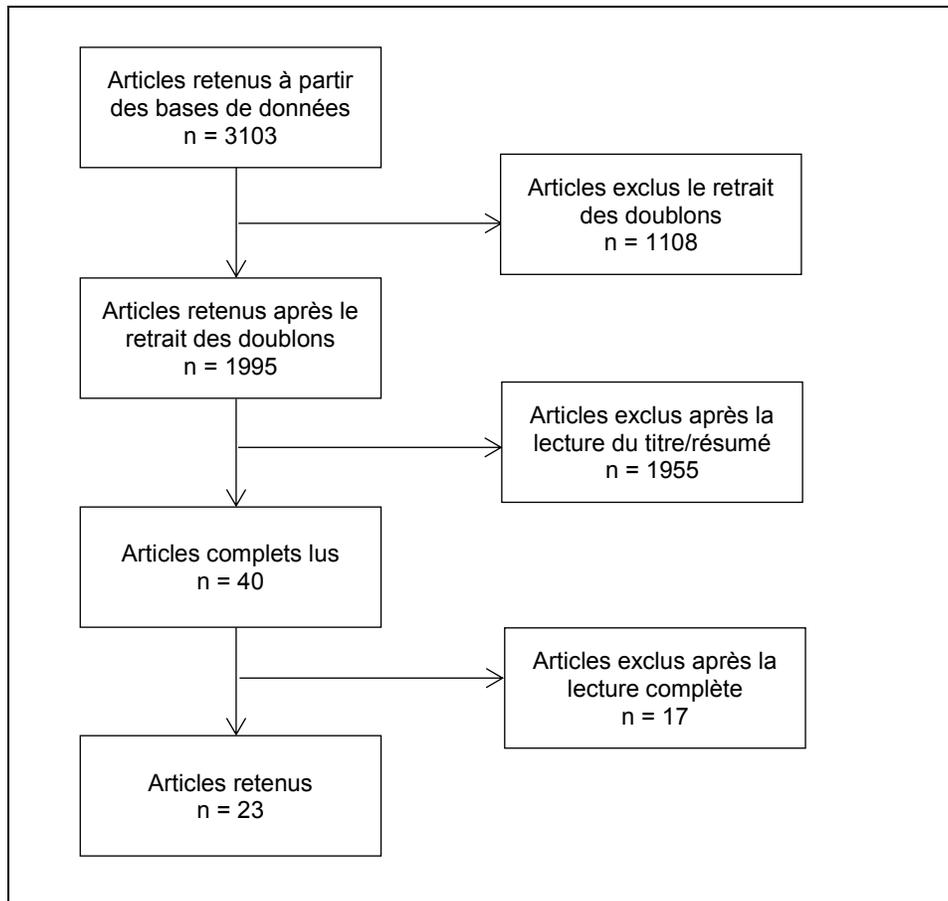


Figure 1 : Diagramme de flux

Les ordonnances collectives étudiées

Les radiographies pour des blessures orthopédiques, principalement liées à une blessure de la cheville et du pied, ont été étudiées dans cinq publications (Ashurst et al., 2014; Fan et Woolfrey, 2006; Lee et al., 2016; Patel et al., 2012; Sorensen et al., 2012). Les ordonnances collectives permettant la prescription et l'administration de médicaments par l'infirmière au triage

ont été étudiées dans 12 articles. Neuf articles portaient sur l'administration d'un analgésique (Barksdale et al., 2016; Douma et al., 2016; Finn et al., 2012; Fosnocht et Swanson, 2007; Goh et al., 2007; Muntlin et al., 2011; Pierik et al., 2016; Taylor et al., 2013; Wong et al., 2007), un sur les antiémétiques (Hendrickson et al., 2017) et un sur les corticostéroïdes (Zemek et al., 2012). Six articles présentaient des ordonnances collectives permettant l'initiation de différents examens diagnostiques et l'administration d'un analgésique en fonction d'une raison de consultation principale : septicémie (Bruce et al., 2015), dyspnée (Retezar et al., 2010), problème génito-urinaire (Retezar et al., 2010), douleur abdominale (Douma et al., 2016; Retezar et al., 2010; Stauber, 2013; Thompson et al., 2016), douleur à la hanche (Douma et al., 2016), douleur thoracique (Douma et al., 2016; Hwang et al., 2016; Retezar et al., 2010) et saignements vaginaux (Douma et al., 2016). Ces examens diagnostiques étaient des radiographies, des électrocardiogrammes, des analyses d'urine, des bilans sanguins et, conséquemment, l'installation d'un accès intraveineux. Un article abordait l'initiation d'une thérapie de réhydratation orale chez les enfants atteints de symptômes de gastro-entérite (Hendrickson et al., 2017).

Les effets des ordonnances collectives sur la qualité des soins

1. L'efficience

L'efficience fait référence à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour atteindre les meilleurs résultats possible (Institute of Medicine, 2001). Sur les 23 articles, 16 articles ont couvert cette dimension. La littérature rapporte que, les ordonnances collectives initiées au triage par les infirmières présentaient un potentiel d'amélioration de l'efficience des soins offerts par ses effets sur le délai avant les examens diagnostiques, sur le délai avant les traitements, sur le taux d'admission, sur le délai avant l'admission et sur le délai avant l'administration d'un analgésique (Barksdale et al., 2016; Bruce et al., 2015; Douma et al., 2016; Fan et Woolfrey, 2006; Finn et al., 2012; Fosnocht et Swanson, 2007; Goh et al., 2007; Hendrickson et al., 2017; Hwang et al., 2016; Muntlin et al., 2011; Retezar et al., 2010; Sorensen et al., 2012; Stauber, 2013; Taylor et al., 2013; Thompson et al., 2016; Wong et al., 2007; Zemek et al., 2012). L'ordonnance collective relative à la prescription d'examen diagnostiques par les infirmières dès l'arrivée des patients au triage dans les départements d'urgence permettait de réduire le délai de 79 à 257 minutes avant les radiographies et les résultats de bilans sanguins (Douma et al., 2016; Thompson et al., 2016). Néanmoins, Thompson et coll. (2016) soulignait qu'il n'y avait pas de changement significatif pour le délai entre le triage et l'échographie. Par ailleurs, la

disponibilité des résultats des examens diagnostiques initiés par les infirmières au triage permettait aux médecins de déterminer plus rapidement la nécessité de compléter l'évaluation par d'autres examens ou de poser plus rapidement un diagnostic (Fan et Woolfrey, 2006; Retezar et al., 2010; Sorensen et al., 2012; Stauber, 2013). Le congé était également plus rapidement accordé par le médecin suite à l'application des ordonnances collectives permettant l'initiation d'examen diagnostiques (Fan et Woolfrey, 2006; Hwang et al., 2016). Les temps de traitement médian et moyen des patients qui ont reçu une ordonnance collective au triage dans les départements d'urgence étaient plus courts (Hwang et al., 2016; Retezar et al., 2010).

Les délais moyens pour recevoir des traitements, tels que l'administration d'un antibiotique dans les cas de septicémie, l'administration d'antiémétique chez les enfants présentant des vomissements et l'administration de corticostéroïdes chez les enfants présentant un état d'asthme exacerbé, étaient plus courts de 27 à 44 minutes suite à l'utilisation d'ordonnances collectives au triage par les infirmières (Bruce et al., 2015; Hendrickson et al., 2017; Zemek et al., 2012). Ces médicaments ont permis d'améliorer plus rapidement l'état initial des patients. L'administration d'antiémétique a diminué la nécessité d'utiliser des traitements plus invasifs, comme les bilans sanguins et l'utilisation de la réhydratation intraveineuse (Hendrickson et al., 2017). L'administration de corticostéroïdes dès l'arrivée des enfants au triage a permis un congé plus rapide de 124 minutes (Zemek et al., 2012).

L'utilisation d'ordonnances collectives par les infirmières au triage des départements d'urgence ne permettait pas de diminuer le taux d'admission et de réadmission des patients présentant des symptômes de gastro-entérite (Hendrickson et al., 2017). Néanmoins, l'administration de corticostéroïdes au triage a diminué le taux d'admission de 7,3 % chez les enfants présentant un état d'asthme exacerbé. Aucune différence n'a été notée dans le taux de réadmission dans les sept jours suivants (Zemek et al., 2012). Douma et coll. (2016) et Thompson et coll. (2016) associaient l'utilisation d'ordonnances collectives à une diminution du délai avant l'admission du patient dans les cas d'appendicite et de fracture de hanche.

L'application d'une ordonnance collective par les infirmières au triage permettant la prescription et l'administration d'un analgésique permettait au patient de recevoir un analgésique entre 2,5 à 115 min après son arrivée, ce qui correspondait à une diminution du délai avant la réception d'un analgésique entre 3 et 186 min (Barksdale et al., 2016; Douma et al., 2016; Finn et al., 2012; Fosnocht et Swanson, 2007; Goh et al., 2007; Muntlin et al., 2011; Pierik et al., 2016; Taylor et al., 2013; Wong et al., 2007). L'administration de médicaments dès le triage par les infirmières a entraîné un soulagement cliniquement pertinent pour les patients

durant leur séjour au département d'urgence, car les patients ont rapporté une diminution de l'intensité de la douleur (Muntlin et al., 2011; Pierik et al., 2016; Wong et al., 2007).

2. Les soins opportuns

La dimension de la qualité des soins qui référait aux soins prodigués dans les délais opportuns se traduisait dans la mesure de la durée moyenne de séjour et était abordée dans 16 articles. Les résultats en lien avec l'effet de l'application des ordonnances collectives au triage des départements d'urgence par les infirmières sur la durée de séjour différaient au sein des écrits. Quelques auteurs notaient que les ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage dans les départements d'urgence n'entraînaient pas de réduction significative sur la durée moyenne de séjour (Bruce et al., 2015; Hendrickson et al., 2017; Muntlin et al., 2011; Patel et al., 2012; Stauber, 2013; Taylor et al., 2013). Toutefois, les études avec une méthodologie plus robuste, dont une revue systématique de la littérature et deux essais cliniques randomisés, rapportaient une réduction de la durée totale de séjour de 6.5 à 232 minutes (Ashurst et al., 2014; Douma et al., 2016; Fan et Woolfrey, 2006; Lee et al., 2016; Pierik et al., 2016; Robinson, 2013; Rowe et al., 2011; Sorensen et al., 2012). Ces dernières études concernaient surtout les ordonnances collectives permettant la prescription de radiographies chez les patients avec une blessure au pied ou à la cheville (Ashurst et al., 2014; Fan et Woolfrey, 2006; Lee et al., 2016; Robinson, 2013; Rowe et al., 2011; Sorensen et al., 2012). Une diminution de la durée de séjour entraînait, par le fait même, une diminution du temps d'attente et une augmentation du volume de soins prodigués par les médecins.

3. Les soins axés sur le patient

La dimension des soins axés sur le patient se manifestait dans les écrits par l'évaluation de la satisfaction des patients et de leur famille. Elle se retrouvait dans cinq articles sur les 23 articles. Cette dimension a été généralement évaluée par les études à l'aide d'un sondage à l'égard de la perception globale de la qualité des soins reçus lors de leur séjour à l'urgence. Les études ont ainsi comparé la satisfaction des patients en deux temps, soit lors de l'application ou non d'une ordonnance collective au triage. Plusieurs auteurs rapportaient que la perception du patient et de sa famille à l'égard des soins reçus lors de l'initiation d'une ordonnance collective au triage entraînait une amélioration de la satisfaction globale (Lee et al., 2016; Patel et al., 2012; Taylor et al., 2013). Entre autres, les patients se disaient plus satisfaits puisqu'ils

percevaient une investigation continue de leur état de santé (Patel et al., 2012) et se disaient plus soulagés suite à l'administration d'un analgésique au triage (Pierik et al., 2016; Taylor et al., 2013).

4. L'efficacité

L'efficacité se traduisait par l'amélioration du processus du triage par les ordonnances collectives. 4 articles rapportaient des résultats en lien avec l'efficacité. Les infirmières ayant le droit de réaliser des ordonnances collectives documentaient plus les dossiers des patients pour lesquels une ordonnance collective pouvait s'appliquer. L'évaluation par l'infirmière semblait ainsi plus complète. Par exemple, l'initiation d'analgésie au triage par les infirmières a entraîné une augmentation du taux d'évaluation de la douleur chez les patients dès leur arrivée dans le département d'urgence (Finn et al., 2012; Taylor et al., 2013; Wong et al., 2007). Selon Taylor et ses collaborateurs (2013), les infirmières étaient plus proactives dans la gestion de la douleur et plus susceptible de mettre en place des mesures de soulagement de la douleur. Hendrickson et ses collaborateurs (2017) soulignaient que l'utilisation d'antiémétique et la possibilité d'initier une thérapie de réhydratation orale amélioraient l'évaluation initiale du degré de déshydratation chez les enfants présentant des symptômes de gastro-entérite et cette évaluation était comparable à celle faite par un médecin subséquemment.

5. La sécurité

Sur les 23 articles, neuf articles abordaient la dimension de la sécurité. Les infirmières ont noté que l'utilisation des ordonnances collectives leur a permis d'utiliser leur jugement clinique pour déterminer la pertinence de leur application en fonction du délai d'attente (Patel et al., 2012) et de l'état clinique du patient (Retezar et al., 2010). La majorité des infirmières se disaient satisfaites et confortables en lien avec cette nouvelle responsabilité qui augmentait leur autonomie (Douma et al., 2016; Goh et al., 2007; Lee et al., 2016). Toutefois, certaines infirmières rapportaient que les ordonnances collectives ajoutaient des responsabilités à leur travail actuel, telles que le suivi des résultats d'examens des patients et le suivi des résultats anormaux chez les patients qui quittent avant de voir le médecin (Douma et al., 2016; Lee et al., 2016; Stauber, 2013). Aucun effet iatrogène en lien avec l'application des ordonnances collectives au triage n'a été rapporté par les auteurs (Finn et al., 2012; Goh et al., 2007; Muntlin et al., 2011; Wong et al., 2007).

Tableau I : Caractéristiques méthodologiques des articles

Auteur Année de publication	Titre	Devis d'étude	Échantillon Lieu de collecte	Ordonnances collectives	Dimensions	Sous-dimensions
Ashurst et coll., 2014	Effect of triage-based use of the Ottawa foot and ankle rules on the number of orders for radiographic imaging	Étude quantitative prospective	n = 60 Centre de soins tertiaires (95 000 patients annuels) et centre urbain (flux annuel : 33 500) États-Unis	Radiographie	Soins opportuns Soins axés sur le patient	Durée de séjour Satisfaction des patients
Barksdale et coll. 2016	ED triage pain protocol reduces time to receiving analgesics in patients with painful conditions	Étude observationnelle, rétrospective et transversale	n = 23 409 Centre de trauma urbain niveau 1 (flux annuel : 67 000)	Analgésie	Efficiencie	Délai avant de recevoir un analgésique
Bruce et coll. 2015	Impact of nurse-initiated ED sepsis protocol on compliance with sepsis bundles, time to initial antibiotic administration, and in-hospital mortality	Étude quantitative rétrospective	n = 195 Centre médical universitaire (flux annuel : 52 000) États-Unis	Protocole de septicémie	Efficiencie Soins opportuns	Délai avant les traitements Durée de séjour
Douma et coll. 2016	A Pragmatic Randomized Evaluation of a Nurse-Initiated Protocol to Improve Timeliness of Care in an Urban Emergency Department	Étude comparative à répartition aléatoire	n = 143 Centre urbain (flux annuel : 75 000) Canada	Analgésie Protocoles pour la douleur abdominale, la douleur à la hanche, la douleur thoracique et les saignements vaginaux	Efficiencie Soins opportuns Sécurité	Délai avant les examens diagnostiques Délai avant de recevoir un analgésique Durée de séjour Perception des infirmières
Fan et Woolfrey, 2006	The effect of triage-applied Ottawa Ankle Rules on the length of stay in a Canadian urgent care department: a randomized controlled trial	Étude quantitative à répartition aléatoire	n = 124 Centre universitaire (flux annuel : 45 349) Canada	Radiographie	Soins opportuns Efficiencie	Durée de séjour Délai avant le congé

Tableau I : Caractéristiques méthodologiques des articles

Auteur Année de publication	Titre	Devis d'étude	Échantillon Lieu de collecte	Ordonnances collectives	Dimensions	Sous-dimensions
Finn et coll., 2012	Reducing time to analgesia in the emergency department using a nurse-initiated pain protocol: A before-and-after study	Étude quantitative avec un groupe historique de contrôle	n = 889 Centre urbain tertiaire d'enseignement (flux annuel : 417 259) Australie	Analgésie	Efficienc Efficacit Sécurité	Délai avant de recevoir un analgésique Processus de triage Effets iatrogènes
Fosnocht et Swanson, 2007	Use of a triage pain protocol in the ED	Étude quantitative sans sélection aléatoire	n = 583 Centre urbain (flux annuel : 30 000) États-Unis	Analgésie	Efficienc	Délai avant de recevoir un analgésique
Goh et coll. 2007	Emergency department triage nurse initiated pain management	Revue de dossiers	n = 273 Centre de 1000 lits (flux quotidien : 350) Singapour	Analgésie	Efficienc Sécurité	Délai avant de recevoir un analgésique Perception des infirmières Effets iatrogènes
Hendrickson et coll. 2017	The Use of a Triage-Based Protocol for Oral Rehydration in a Pediatric Emergency Department	Étude quantitative avec un groupe contrôle	n = 128 Centre urbain pédiatrique d'enseignement de soins tertiaires (flux annuel : 11 000) États-Unis	Antiémétique Thérapie de réhydratation orale	Soins opportuns Efficienc Efficacit	Durée de séjour Délai avant les traitements Taux d'admission et de réadmission Processus de triage
Hwang et coll. 2016	Implementing Triage Standing Orders in the Emergency Department to Reduced Physician-to-Disposition Time	Étude quantitative rétrospective	n = 301 Centre de trauma niveau 1 (flux annuel : 67 172) États-Unis	Protocole pour les douleurs thoraciques	Soins opportuns Efficienc	Durée de séjour Délai avant le congé

Tableau I : Caractéristiques méthodologiques des articles

Auteur Année de publication	Titre	Devis d'étude	Échantillon Lieu de collecte	Ordonnances collectives	Dimensions	Sous-dimensions
Lee et coll., 2016	Effect of Triage Nurse Initiated Radiography Using the Ottawa Ankle Rules on Emergency Department Length of Stay at a Tertiary Centre	Étude quantitative à répartition aléatoire	n = 146 Centre tertiaire d'enseignement de trauma niveau 1 (flux annuel : 90 000) Canada	Radiographie	Soins opportuns Soins axés sur le patient Sécurité	Durée de séjour Satisfaction des patients Perception des infirmières
Muntlin et coll. 2011	Outcomes of a nurse-initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: A quasi-experimental study	Étude quantitative sans sélection aléatoire	n = 200 Centre universitaire, spécialité en chirurgie générale (flux annuel : 55 000) Suède	Analgésie	Efficiencie Soins opportuns Soins axés sur le patient Sécurité	Délai avant de recevoir un analgésique Durée de séjour Satisfaction des patients Effets iatrogènes
Patel et coll. 2012	Effect of nurse initiated X-rays of the lower limb on patient transit time through the emergency department	Étude quantitative prospective avec un groupe de contrôle historique	n = 206 Centre urbain tertiaire d'enseignement (flux annuel : 55 000) Australie	Radiographie	Soins opportuns Sécurité	Durée de séjour Perception des infirmières
Pierik et coll., 2016	A nurse-initiated pain protocol in the ED improves pain treatment in patients with acute musculoskeletal pain	Étude quantitative sans sélection aléatoire	n = 660 Centre de trauma niveau 1 (flux annuel : 27 000) Pays-Bas	Analgésie	Efficiencie Soins opportuns Soins axés sur le patient	Délai avant de recevoir un analgésique Durée de séjour Satisfaction des patients
Retezar et coll. 2010	The effect of triage diagnostic standing orders on emergency department treatment time	Étude quantitative rétrospective	n = 38 719 Centre universitaire trauma niveau 2 (flux annuel : 57 000) États-Unis	Protocoles pour la douleur thoracique, la dyspnée, la douleur abdominale et le problème génito-urinaire	Efficiencie Sécurité	Délai avant le congé Perception des infirmières

Tableau I : Caractéristiques méthodologiques des articles

Auteur Année de publication	Titre	Devis d'étude	Échantillon Lieu de collecte	Ordonnances collectives	Dimensions	Sous-dimensions
Robinson, 2013	An Integrative Review: Triage Protocols and the Effect on ED Length of Stay	Revue intégrative	n = 8 articles		Soins opportuns	Durée de séjour
Rowe et coll., 2011	The role of triage nurse ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: A systematic review	Revue systématique	n = 14 articles	Radiographie	Soins opportuns	Durée de séjour
Sorensen et coll. 2012	Decreasing ED Length of Stay with Use of the Ottawa Ankle Rules Among Nurses	Étude quantitative prospective	n = 205 Centre non défini États-Unis	Radiographie	Soins opportuns	Durée de séjour
Stauber, 2013	Advanced Nursing Interventions and Length of Stay in the Emergency Department	Étude quantitative rétrospective	n = 243 Centre universitaire États-Unis	Protocole pour la douleur abdominale	Soins opportuns Sécurité	Durée de séjour Perception des infirmières
Taylor et coll. 2013	Nurse-initiated analgesia pathway for paediatric patients in the emergency department: a clinical intervention trial	Étude quantitative sans sélection aléatoire	n = 51 Centre tertiaire mixte (flux annuel : 18 000 enfants) Australie	Analgésie	Soins opportuns Efficience Soins axés sur le patient Efficacité	Durée de séjour Délai avant de recevoir un analgésique Satisfaction des patients Processus de triage

Tableau I : Caractéristiques méthodologiques des articles

Auteur Année de publication	Titre	Devis d'étude	Échantillon Lieu de collecte	Ordonnances collectives	Dimensions	Sous-dimensions
Thompson et coll., 2016	Implementation of an Advanced Nursing Directive for Children with Right Lower Quadrant Pain: Identifying Those Requiring Further Investigation and Improving Flow Metrics	Étude de cohorte	n = 210 Centre tertiaire pédiatrique (flux annuel : 70 000) Canada	Protocole pour la douleur abdominale du quadrant inférieur droit	Soins opportuns Efficience	Durée de séjour Délai avant les examens diagnostiques
Wong et coll. 2007	The effect of a triage pain management protocol for minor musculoskeletal injury patients in a Hong Kong emergency department	Étude à devis mixte avec un groupe contrôle	n = 295 Centre universitaire (flux quotidien : 450) Chine	Analgésie	Efficiencie Soins axés sur le patient Efficacité Sécurité Équité	Délai avant de recevoir un analgésique Satisfaction des patients Processus de triage Effets iatrogènes Délai d'attente pour le triage
Zemek et coll., 2012	Triage nurse initiation of corticosteroids in pediatric asthma is associated with improved emergency department efficiency	Essai contrôlé de séries chronologiques	n = 644 Centre pédiatrique tertiaire (flux annuel : 60 000) Canada	Corticostéroïdes	Efficiencie	Taux d'admission et de réadmission Délai avant les traitements Délai avant le congé

6. L'équité

La dimension de l'équité était présente dans un seul article, soit celui de Wong et ses collaborateurs (2007). L'application de certaines ordonnances collectives pourrait ainsi entraîner des délais d'attente supplémentaires au triage. Certaines infirmières pouvaient ressentir un stress en lien avec le fait que d'autres patients attendaient pour être évalués au triage durant la mise en œuvre des ordonnances collectives. L'infirmière au triage devait alors prendre une décision entre voir rapidement les patients qui arrivent et initier un traitement ou un examen diagnostique par l'intermédiaire d'une ordonnance collective. Wong et ses collaborateurs (2007) ajoutaient qu'il pourrait être nécessaire de faire des changements dans le processus de triage pour assurer une intégration des ordonnances collectives au triage afin de contrer cette limite.

Discussion

Cette revue intégrative de la littérature a permis de documenter les effets des ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage dans les départements d'urgence sur les six dimensions de la qualité des soins. Les résultats montrent que les ordonnances collectives permettent d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients qui consultent dans un département d'urgence. En matière d'efficience, elles diminuent le taux d'admission, le délai avant l'admission ou le congé, le délai avant les examens diagnostiques, le délai avant les traitements et le délai avant l'administration d'un analgésique. Ainsi, les ordonnances collectives permettent l'utilisation optimale des ressources déjà en place, soit les infirmières au triage dans les départements d'urgence, afin d'améliorer l'efficience des soins. Les ordonnances collectives engendrent également des effets positifs sur les soins opportuns, en diminuant la durée de séjour des patients dans les départements d'urgence ou en accélérant le délai avant le congé ou l'admission. Les auteurs rapportent que les ordonnances collectives améliorent la satisfaction globale des patients à l'égard des soins reçus, entre autres, par le soulagement de la douleur dès leur arrivée dans le département. Ces améliorations présentent des effets sur la dimension des soins axés sur le patient. La mise en œuvre des ordonnances collectives a permis d'améliorer l'évaluation initiale des infirmières qui s'est avérée plus complète à l'égard des symptômes concernés par les ordonnances collectives. Les ordonnances collectives peuvent avoir des effets négatifs sur la sécurité et l'équité des soins. Les ordonnances collectives peuvent entraîner des délais supplémentaires au triage ce qui peut avoir des effets négatifs chez les patients qui nécessitent une prise en charge rapide. Finalement, malgré le fait qu'aucun évènement iatrogène n'ait été rapporté, dans quelques études, certaines infirmières rapportent

que les ordonnances collectives au triage ajoutent des responsabilités à leur travail, entraînant un stress supplémentaire.

Les économies de temps sur la durée totale de séjour varient selon les articles, et ce, compte tenu de plusieurs caractéristiques liées au contexte et à la méthodologie. Les ordonnances collectives au triage qui permettent l'initiation de radiographies orthopédiques présentent le plus grand potentiel d'amélioration sur la durée de séjour des patients. Néanmoins, dans un contexte de débordement, tout gain de temps est bénéfique pour le flux des patients dans les départements d'urgence (Robinson, 2013). La mise en œuvre des ordonnances collectives s'avère être pertinente pour les départements d'urgence dans les périodes de haut achalandage durant lesquelles les patients ne peuvent être évalués par un médecin dans les délais recommandés (Hwang et al., 2016; Patel et al., 2012; Retezar et al., 2010). Ces périodes entraînent une augmentation de la durée de séjour et une augmentation du volume de soins, tout en causant une augmentation du délai d'attente pour les patients. Les ordonnances collectives permettent l'initiation des examens diagnostiques par les infirmières en vue de diminuer le délai d'attente. Ainsi, le médecin est en mesure de prendre une décision éclairée plus rapidement sur la situation clinique du patient et peut décider d'admettre ou de donner un congé au patient dans de plus brefs délais. En diminuant le temps passé par les patients dans la salle d'examen avec le médecin et en accélérant la prise de décision médicale, les ordonnances collectives initiées au triage permettent une amélioration du flux de patients et potentiellement, une augmentation du volume de soins prodigués. Ces effets entraînent une amélioration de l'efficacité des soins par une meilleure utilisation des ressources déployées.

Les ordonnances collectives font l'état d'une utilisation optimale des ressources déjà en place (Retezar et al., 2010). Plusieurs études montrent la capacité des infirmières à mettre en application de manière adéquate des ordonnances collectives au triage, et ce, suite à une formation brève (Robinson, 2013; Rowe et al., 2011). Les ordonnances collectives permettent aux infirmières d'utiliser leur jugement clinique et favorisent, par le fait même, une pleine étendue de leur champ d'exercice (Patel et al., 2012; Retezar et al., 2010). Elles se présentent comme une solution peu coûteuse et facilement accessible par les milieux de soins pour améliorer l'efficacité des soins (Retezar et al., 2010; Robinson, 2013; Rowe et al., 2011). Néanmoins, compte tenu des réticences soulevées à l'égard de cette pratique, les infirmières doivent être soutenues dans leur milieu de soins afin d'assurer une pratique sécuritaire (Robinson, 2013). Des changements doivent être faits dans les milieux de pratique pour également assurer l'équité des soins et pour éviter que des patients soient mis à risque par le

décal occasionné par l'application des ordonnances collectives. Le soutien des médecins face à cette nouvelle responsabilité peut aider à son intégration dans les milieux de soins. Dans l'étude de Douma et ses collaborateurs (2016), 88 % des médecins étaient satisfaits des ordonnances collectives, alors que 12 % d'entre eux rapportaient être neutres.

Forces et limites de la revue intégrative

Cette étude est, à notre connaissance, la première recension des écrits réalisée sur les effets des ordonnances collectives au triage des départements d'urgence. Elle a été réalisée en respectant rigoureusement la méthode de revue intégrative, ce qui constitue sa principale force. La revue intégrative a rencontré quelques limites qui relèvent essentiellement de la disponibilité des données et de leur généralisation. Elle a permis d'identifier les effets des ordonnances collectives sur toutes les dimensions de la qualité des soins. Étant donné les différents devis de recherche utilisés dans les articles retenus, les résultats sur les effets varient d'une publication à l'autre. La généralisation des résultats demeure conditionnelle aux contextes d'application des ordonnances collectives qui diffèrent d'un pays à l'autre. Les ordonnances collectives sont un processus de soins complexe, récent et disponible uniquement dans certains pays occidentaux. La littérature présente donc peu de données probantes ce qui restreint les conclusions possibles.

Les effets des ordonnances collectives au triage doivent être explorés davantage par la recherche afin de convaincre les gestionnaires des milieux de leur potentiel d'amélioration de la qualité des soins. Pour ce faire, les devis de recherche utilisés doivent être plus robustes afin d'améliorer la généralisation et la transférabilité des résultats à la pratique.

Conclusion

L'amélioration de la qualité des soins dans les départements d'urgence peut se faire par différents moyens. Parmi eux, la réorganisation du département d'urgence en instaurant un système de voie rapide pour les patients présentant des problèmes de santé mineurs, l'intégration d'un médecin ou d'un résident à l'équipe du triage et la réalisation d'analyses de laboratoire directement dans le département d'urgence font partie des solutions souvent citées (Oredsson et al., 2011; Patel et al., 2012). L'initiation d'ordonnances collectives par les infirmières au triage dans les départements d'urgence représente également une solution prometteuse pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins offerts aux patients. Cette solution

doit être prise en considération par les gestionnaires des milieux puisqu'elle permet à la fois d'améliorer la qualité des soins en réduisant le temps d'attente des patients et en maximisant l'utilisation du champ de pratique des professionnels de santé.

Références

- American College of Emergency Physicians. Crowding: 2013. [modifié le; cité le 23 mai 2017]. Disponible: <https://www.acep.org/Clinical---Practice-Management/Crowding/>
- Ashurst JV, Nappe T, Digiambattista S, Kambhampati A, Alam S, Ortiz M, et al. Effect of triage-based use of the Ottawa foot and ankle rules on the number of orders for radiographic imaging. *JAOA: Journal of the American Osteopathic Association*. 2014;114(12):890-7.
- Barish RA, McGauly PL, Arnold TC. Emergency Room Crowding: A Marker of Hospital Health. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*. 2012;123:304-11.
- Barksdale AN, Hackman JL, Williams K, Gratton MC. ED triage pain protocol reduces time to receiving analgesics in patients with painful conditions. *American Journal of Emergency Medicine*. 2016;34(12):2362-6.
- Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2009;16(1):1-10. Epub 2008/11/15.
- Bruce HR, Maiden J, Fedullo PF, Kim SC. Impact of nurse-initiated ED sepsis protocol on compliance with sepsis bundles, time to initial antibiotic administration, and in-hospital mortality. *Journal of emergency nursing: JEN : official publication of the Emergency Department Nurses Association*. 2015;41(2):130-7. Epub 2015/01/24.
- Buchan J, Calman L. *Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce*: OECD Publishing; 2005.
- Buchan J. Determining skill mix: lessons from an international review. *Human Resources Development Journal*. 1999;3(2):80-98.
- Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*. 2014;46(2):106-15. Epub 2013/12/21.
- Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M. Overcrowding in emergency department: an international issue. *Internal and Emergency Medicine*. 2015;10(2):171-5.
- Douma MJ, Drake CA, O'Dochartaigh D, Smith KE. A Pragmatic Randomized Evaluation of a Nurse-Initiated Protocol to Improve Timeliness of Care in an Urban Emergency Department. *Annals of emergency medicine*. 2016;68(5):546-52. Epub 2016/10/25.
- Fan J, Woolfrey K. The effect of triage-applied Ottawa Ankle Rules on the length of stay in a Canadian urgent care department: a randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine*. 2006;13(2):153-7.

Finn JC, Rae A, Gibson N, Swift R, Watters T, Jacobs IG. Reducing time to analgesia in the emergency department using a nurse-initiated pain protocol: A before-and-after study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 2012;43(1):29-37.

Fosnocht DE, Swanson ER. Use of a triage pain protocol in the ED. *The American journal of emergency medicine*. 2007;25(7):791-3. Epub 2007/09/18.

Goh HK, Choo SE, Lee I, Tham KY. Emergency department triage nurse initiated pain management. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*. 2007;14(1):16-21.

Gouvernement du Québec. Guide de gestion de l'urgence [PDF]. 2006. [modifié le; cité le 19 septembre 2016]. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-905-01.pdf>

Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*. 2011;342.

Hendrickson MA, Zaremba J, Wey AR, Gaillard PR, Kharbanda AB. The Use of a Triage-Based Protocol for Oral Rehydration in a Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care*. 2017. Epub 2017/03/10.

Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Annals of emergency medicine*. 2008;52(2):126-36. Epub 2008/04/25.

Hwang CW, Payton T, Weeks E, M. P. Implementing Triage Standing Orders in the Emergency Department to Reduced Physician-to-Disposition Time. *Advances in Emergency Medicine*. 2016;2016:1-6.

Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press; 2001.

Jayaprakash N, O'Sullivan R, Bey T, Ahmed SS, Lotfipour S. Crowding and Delivery of Healthcare in Emergency Departments: The European Perspective. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2009;10(4):233-9.

Lee WW, Filiatrault L, Abu-Laban RB, Rashidi A, Yau L, Liu N. Effect of Triage Nurse Initiated Radiography Using the Ottawa Ankle Rules on Emergency Department Length of Stay at a Tertiary Centre. *Cjem*. 2016;18(2):90-7. Epub 2015/07/21.

McCusker J, Vadeboncoeur A, Levesque JF, Ciampi A, Belzile E. Increases in emergency department occupancy are associated with adverse 30-day outcomes. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2014;21(10):1092-100. Epub 2014/10/14.

Muntlin A, Carlsson M, Safwenberg U, Gunningberg L. Outcomes of a nurse-initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(1):13-23. Epub 2010/07/06.

Patel H, Celenza A, Watters T. Effect of nurse initiated X-rays of the lower limb on patient transit time through the emergency department. *Australasian emergency nursing journal* : AENJ. 2012;15(4):229-34. Epub 2012/12/12.

Pierik JG, Berben SA, MJ IJ, Gaakeer MI, van Eenennaam FL, van Vugt AB, et al. A nurse-initiated pain protocol in the ED improves pain treatment in patients with acute musculoskeletal pain. *Int Emerg Nurs*. 2016;27:3-10. Epub 2016/03/13.

Pluye P, Robert E, Cargo M, Bartlett G, O'cathain A, Griffiths F, et al. Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. Montréal: McGill University. 2011:1-8.

Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, L.R.Q., c. M-9, r. 25.

Retezar R, Bessman E, Ding R, Zeger S, McCarthy ML. The effect of diagnostic triage standing orders on emergency department treatment time. *Academic Emergency Medicine*. 2010;17:S127.

Robinson DJ. An Integrative Review: Triage Protocols and the Effect on ED Length of Stay. *JEN: Journal of Emergency Nursing*. 2013;39(4):398-408.

Rowe B, Villa-Roel C, Guo X, Bullard M, Ospina M, Vandermeer B, et al. The role of triage nurse ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*. 2011;1):S25.

Sorensen EL, Keeling A, Snyder A, Syverud S. Decreasing ED Length of Stay with Use of the Ottawa Ankle Rules Among Nurses. *JEN: Journal of Emergency Nursing*. 2012;38(4):350-2.

Stauber MA. Advanced Nursing Interventions and Length of Stay in the Emergency Department. *JEN: Journal of Emergency Nursing*. 2013;39(3):221-5.

Taylor SE, Taylor DM, Jao K, Goh S, Ward M. Nurse-initiated analgesia pathway for paediatric patients in the emergency department: a clinical intervention trial. *Emerg Med Australas*. 2013;25(4):316-23. Epub 2013/08/06.

Thompson GC, Kwong S, Bobrovitz N, Yang S, Pols EK, Stang AS, et al. Implementation of an Advanced Nursing Directive for Children With Right Lower Quadrant Pain: Identifying Those Requiring Further Investigation and Improving Flow Metrics. *Pediatric Emergency Care*. 2016;32(6):352-6.

Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53. Epub 2005/11/05.

Wong EML, Chan HMS, Rainer TH, Ying CS. The effect of a triage pain management protocol for minor musculoskeletal injury patients in a Hong Kong emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2007;10(2):64-72.

Zemek R, Plint A, Osmond MH, Kovesi T, Correll R, Perri N, et al. Triage nurse initiation of corticosteroids in pediatric asthma is associated with improved emergency department efficiency. *Pediatrics*. 2012;129(4):671-80.

Chapitre 4 :
La discussion

La revue intégrative de la littérature a permis de documenter les effets des ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage dans les départements d'urgence sur toutes les dimensions, soit l'efficacité, les soins opportuns, les soins axés sur le patient, l'efficacité, la sécurité et l'équité. En matière d'efficacité, elles diminuaient le taux d'admission, le délai avant l'admission ou le congé, le délai avant les examens diagnostiques, le délai avant les traitements et le délai avant l'administration d'une analgésie. Ainsi, les ordonnances collectives permettaient l'utilisation optimale des ressources déjà en place, soit les infirmières au triage dans les départements d'urgence, afin d'améliorer l'efficacité des soins. Les ordonnances collectives engendraient également des effets positifs sur les soins opportuns, en diminuant la durée de séjour des patients dans les départements d'urgence ou en accélérant le délai avant le congé ou l'admission. Les auteurs rapportaient que les ordonnances collectives amélioraient la satisfaction globale des patients à l'égard des soins reçus, entre autres, par le soulagement de la douleur dès leur arrivée dans le département. Ces améliorations présentaient des effets sur la dimension des soins axés sur le patient. Les ordonnances collectives amélioraient le processus de triage des infirmières, soit l'efficacité des soins, puisque leur application engendrait une meilleure documentation par les infirmières en lien avec les éléments d'évaluation concernés. Les infirmières se disaient confortables et satisfaites en lien avec les ordonnances collectives initiées au triage et aucun effet iatrogène a été rapporté par les articles. Néanmoins, les infirmières rapportaient que cette nouvelle responsabilité s'ajoutait à leur travail actuel et que l'application des ordonnances collectives pouvaient entraîner un stress en lien avec l'augmentation possible du temps d'attente au triage.

Les contributions pour les sciences infirmières

Les contributions pour la pratique

Les ordonnances collectives permettent de favoriser la pleine étendue de pratique des infirmières, qui sont des ressources déjà déployées dans les milieux. Elles permettent aux infirmières d'utiliser leur jugement clinique pour déterminer la pertinence d'initier des mesures diagnostiques ou thérapeutiques dès l'arrivée du patient dans le département d'urgence (Patel et al., 2012; Retezar et al., 2010).

Comme l'expose la revue intégrative, les ordonnances collectives au triage des départements d'urgence ont des effets positifs sur l'efficacité et la qualité des soins. Ainsi, pour faciliter leur déploiement, les infirmières doivent recevoir une formation adéquate et obtenir le soutien des milieux de soins afin d'assurer une pratique sécuritaire (Robinson, 2013). Le soutien des gestionnaires et des médecins face à cette nouvelle responsabilité peut aider, entre autres, à son intégration dans les milieux de soins. Des mécanismes doivent être mis en place afin d'assurer le suivi des résultats des examens diagnostiques des patients initiés par les infirmières au triage, et ce, même si le patient quitte avant la prise en charge médicale.

Les contributions pour la gestion

La mise en œuvre des ordonnances collectives pourrait être pertinente pour les départements d'urgence dans les périodes de haut achalandage durant lesquelles les patients ne peuvent être évalués par un médecin dans les délais recommandés (Hwang et al., 2016; Patel et al., 2012; Retezar et al., 2010). Ces périodes résultent en une augmentation de la durée de séjour et une augmentation du volume de soins, tout en causant une augmentation du délai d'attente pour les patients. Les ordonnances collectives permettraient l'initiation des examens diagnostiques par les infirmières en vue de diminuer le délai d'attente. Ainsi, le médecin serait en mesure de prendre une décision éclairée plus rapidement sur la situation clinique du patient et pourrait décider d'admettre ou de congédier le patient dans de plus brefs délais (Thompson et al., 2016). En diminuant le temps passé par les patients dans la salle d'examen avec le médecin et en accélérant la prise de décision médicale, les ordonnances collectives initiées au triage permettent une amélioration du flux de patients et améliorent l'efficacité des soins par une meilleure utilisation des ressources déjà déployées (Stauber, 2013).

Les ordonnances collectives sont une piste prometteuse pour les départements d'urgence qui font face à un problème récurrent de débordement de leur service. Elles sont peu coûteuses et facilement accessibles pour les départements d'urgence. Les ordonnances collectives font l'état d'une utilisation optimale des ressources déjà en place (Retezar et al., 2010). Les infirmières ont démontré leur capacité à mettre en application de manière adéquate des ordonnances collectives au triage, et ce, suite à une formation brève (Robinson, 2013; Rowe et al., 2011).

Les contributions pour la recherche

Les effets des ordonnances collectives au triage doivent être explorés davantage par la recherche. À cet effet, peu de données probantes sont présentes dans la littérature. Les effets des ordonnances collectives au triage doivent être explorés afin de convaincre les gestionnaires des milieux de leur potentiel d'amélioration de la qualité des soins. Pour ce faire, les devis de recherche utilisés doivent être plus robustes afin d'améliorer le degré de généralisation et de transférabilité des résultats à la pratique.

Les forces et les limites de la revue intégrative

À notre connaissance, cette revue intégrative est la première recension des écrits réalisée sur les effets des ordonnances collectives au triage des départements d'urgence. La méthode de revue intégrative a été respectée de manière rigoureuse.

Quelques limites ont été rencontrées dans le cadre du travail dirigé, surtout en lien avec la disponibilité des données dans la littérature. Étant donné les différents devis de recherche utilisés dans les articles retenus, les résultats sur les effets varient d'une étude à l'autre. La généralisation des résultats demeure conditionnelle aux contextes d'application des ordonnances collectives qui diffèrent d'un pays à l'autre. Les ordonnances collectives sont un processus de soins complexe, récent et disponible uniquement dans certains pays occidentaux. La littérature présente donc peu de données probantes ce qui restreint les conclusions possibles. Sachant que peu d'études ont exploré les effets des ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage dans les départements d'urgence, toutes les études pertinentes ont été explorées, et ce, sans égard à leur qualité méthodologique.

Chapitre 5 :
La conclusion

L'utilisation d'ordonnances collectives par les infirmières au triage dans les départements d'urgence se présente comme une solution prometteuse pour améliorer la qualité des soins offerts aux patients. Malgré le peu de résultats probants disponibles, la littérature a permis d'identifier des effets non négligeables sur la qualité des soins, surtout en lien avec l'amélioration de l'efficacité des soins. Dans un contexte de débordement des départements d'urgence, tout gain de temps est bénéfique pour le flux des patients dans les départements d'urgence (Robinson, 2013). D'un autre côté, la diminution de la durée de séjour et, par conséquent, la diminution du délai d'attente permettraient au département d'urgence de s'approcher des cibles fixées par le MSSS du Québec (Commissaire à la santé et au bien-être, 2016).

L'application des ordonnances collectives doit être prise en considération par les gestionnaires des milieux parmi d'autres solutions. Parmi eux, la réorganisation du département d'urgence en instaurant un système de voie rapide pour les patients présentant des problèmes de santé mineurs, l'intégration d'un médecin ou d'un résident à l'équipe du triage et la réalisation d'analyses de laboratoire directement dans le département d'urgence font partie des solutions souvent citées (Oredsson et al., 2011; Patel et al., 2012). Les ordonnances collectives ont des effets sur l'efficacité des soins, mais ne peuvent, à elles seules, répondre au phénomène de débordement des départements d'urgence.

Les auteurs espèrent, par la rédaction de cette revue de la littérature, initier une réflexion des milieux de soins sur la pertinence des ordonnances collectives initiées par les infirmières au triage dans les départements d'urgence. Les infirmières représentent une ressource qui peut être exploitée davantage en favorisant l'étendue de leur pratique actuelle, comme le permet l'application des ordonnances collectives. Néanmoins, elles sont restreintes à l'approbation par les instances des milieux de soins.

Les références

- Alvarado, K. (2007). Factors influencing implementation of medical directives by registered nurses: the experience of a large Ontario teaching hospital. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 20(1), 72-90.
- American College of Emergency Physicians. (2013). Crowding. Repéré le 23 mai 2017 à <https://www.acep.org/Clinical---Practice-Management/Crowding/>
- American College of Emergency Physicians. (2015). Definition of an Emergency Service. Repéré à <https://www.acep.org/Clinical---Practice-Management/Definition-of-an-Emergency-Service/>
- Ashurst, J. V., Nappe, T., Digiambattista, S., Kambhampati, A., Alam, S., Ortiz, M., . . . Greenberg, M. R. (2014). Effect of triage-based use of the Ottawa foot and ankle rules on the number of orders for radiographic imaging. *JAOA: Journal of the American Osteopathic Association*, 114(12), 890-897. doi: 10.7556/jaoa.2014.184
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2006). Guide de gestion de l'urgence [pdf]. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-905-01.pdf>
- Barish, R. A., McGauly, P. L. et Arnold, T. C. (2012). Emergency Room Crowding: A Marker of Hospital Health. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 123, 304-311.
- Barksdale, A. N., Hackman, J. L., Williams, K. et Gratton, M. C. (2016). ED triage pain protocol reduces time to receiving analgesics in patients with painful conditions. *American Journal of Emergency Medicine*, 34(12), 2362-2366. doi: 10.1016/j.ajem.2016.08.051
- Bernstein, S. L., Aronsky, D., Duseja, R., Epstein, S., Handel, D., Hwang, U., . . . Asplin, B. R. (2009). The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med*, 16(1), 1-10. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x
- Bruce, H. R., Maiden, J., Fedullo, P. F. et Kim, S. C. (2015). Impact of nurse-initiated ED sepsis protocol on compliance with sepsis bundles, time to initial antibiotic administration, and in-hospital mortality. *J Emerg Nurs*, 41(2), 130-137. doi: 10.1016/j.jen.2014.12.007
- Buchan, J. (1999). Determining skill mix: lessons from an international review. *Human Resources Development Journal*, 3(2), 80-98.
- Buchan, J. et Calman, L. (2005). *Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce*. OECD Publishing.
- Carter, E. J., Pouch, S. M. et Larson, E. L. (2014). The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Scholarsh*, 46(2), 106-115. doi: 10.1111/jnu.12055

- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). Améliorer l'accès aux services de première ligne et aux soins spécialisés [pdf]. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/InfoPerformance/CSBE_Info_Performance_no5.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2014). Les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012-2013 [pdf]. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2014.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2015). La performance du système de santé et de services sociaux québécois [pdf]. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/PerformanceGlobale/CSBE_Rapport_Global_2015_Accessible.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2016). Apprendre des meilleurs : Étude comparative des urgences du Québec [pdf]. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf
- Di Somma, S., Paladino, L., Vaughan, L., Lalle, I., Magrini, L. et Magnanti, M. (2015). Overcrowding in emergency department: an international issue. *Internal and Emergency Medicine*, 10(2), 171-175. doi: 10.1007/s11739-014-1154-8
- Douma, M. J., Drake, C. A., O'Dochartaigh, D. et Smith, K. E. (2016). A Pragmatic Randomized Evaluation of a Nurse-Initiated Protocol to Improve Timeliness of Care in an Urban Emergency Department. *Ann Emerg Med*, 68(5), 546-552. doi: 10.1016/j.annemergmed.2016.06.019
- Dubois, C.-A. et Singh, D. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, 7(1), 87. doi: 10.1186/1478-4491-7-87
- Fan, J. et Woolfrey, K. (2006). The effect of triage-applied Ottawa Ankle Rules on the length of stay in a Canadian urgent care department: a randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine*, 13(2), 153-157.
- Finn, J. C., Rae, A., Gibson, N., Swift, R., Watters, T. et Jacobs, I. G. (2012). Reducing time to analgesia in the emergency department using a nurse-initiated pain protocol: A before-and-after study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 43(1), 29-37. doi: 10.5172/conu.2012.43.1.29
- Fosnocht, D. E. et Swanson, E. R. (2007). Use of a triage pain protocol in the ED. *Am J Emerg Med*, 25(7), 791-793. doi: 10.1016/j.ajem.2006.12.020
- Goh, H. K., Choo, S. E., Lee, I. et Tham, K. Y. (2007). Emergency department triage nurse initiated pain management. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 14(1), 16-21.
- Gouvernement du Québec. (2006). Guide de gestion de l'urgence [PDF]. Repéré le 19 septembre 2016 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-905-01.pdf>

- Guttmann, A., Schull, M. J., Vermeulen, M. J. et Stukel, T. A. (2011). Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*, 342. doi: 10.1136/bmj.d2983
- Hendrickson, M. A., Zaremba, J., Wey, A. R., Gaillard, P. R. et Kharbanda, A. B. (2017). The Use of a Triage-Based Protocol for Oral Rehydration in a Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care*. doi: 10.1097/pec.0000000000001070
- Hoot, N. R. et Aronsky, D. (2008). Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med*, 52(2), 126-136. doi: 10.1016/j.annemergmed.2008.03.014
- Hopia, H., Latvala, E. et Liimatainen, L. (2016). Reviewing the methodology of an integrative review. *Scand J Caring Sci*, 30(4), 662-669. doi: 10.1111/scs.12327
- Hwang, C. W., Payton, T., Weeks, E. et M., P. (2016). Implementing Triage Standing Orders in the Emergency Department to Reduced Physician-to-Disposition Time. *Advances in Emergency Medicine*, 2016, 1-6. doi: 10.1155/2016/7213625
- Institut canadien d'information sur la santé. (2005). Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence [pdf]. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/Wait_times_f.pdf
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press.
- Jayaprakash, N., O'Sullivan, R., Bey, T., Ahmed, S. S. et Lotfipour, S. (2009). Crowding and Delivery of Healthcare in Emergency Departments: The European Perspective. *Western Journal of Emergency Medicine*, 10(4), 233-239.
- Larouche, C. (2006). Les ordonnances collectives – I : pas si compliquées... une fois qu'on sait comment faire. *Le Médecin du Québec*, 41(6), 103-105.
- Lee, W. W., Filiatrault, L., Abu-Laban, R. B., Rashidi, A., Yau, L. et Liu, N. (2016). Effect of Triage Nurse Initiated Radiography Using the Ottawa Ankle Rules on Emergency Department Length of Stay at a Tertiary Centre. *Cjem*, 18(2), 90-97. doi: 10.1017/cem.2015.67
- McCusker, J., Vadeboncoeur, A., Levesque, J. F., Ciampi, A. et Belzile, E. (2014). Increases in emergency department occupancy are associated with adverse 30-day outcomes. *Acad Emerg Med*, 21(10), 1092-1100. doi: 10.1111/acem.12480
- Muntlin, A., Carlsson, M., Safwenberg, U. et Gunningberg, L. (2011). Outcomes of a nurse-initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*, 48(1), 13-23. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.06.003

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). Le triage à l'urgence : Lignes directrices pour l'infirmière au triage de l'urgence [PDF]. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/230_doc_0.pdf
- Oredsson, S., Jonsson, H., Rognes, J., Lind, L., Goransson, K. E., Ehrenberg, A., . . . Farrohknia, N. (2011). A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation & Emergency Medicine*, 19, 43. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/1757-7241-19-43>
- Patel, H., Celenza, A. et Watters, T. (2012). Effect of nurse initiated X-rays of the lower limb on patient transit time through the emergency department. *Australas Emerg Nurs J*, 15(4), 229-234. doi: 10.1016/j.aenj.2012.07.001
- Pierik, J. G., Berben, S. A., MJ, I. J., Gaakeer, M. I., van Eenennaam, F. L., van Vugt, A. B. et Doggen, C. J. (2016). A nurse-initiated pain protocol in the ED improves pain treatment in patients with acute musculoskeletal pain. *Int Emerg Nurs*, 27, 3-10. doi: 10.1016/j.ienj.2016.02.001
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'cathain, A., Griffiths, F., . . . Rousseau, M. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. *Montréal: McGill University*, 1-8.
- Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, L.R.Q., c. M-9, r. 25 C.F.R.
- Retezar, R., Bessman, E., Ding, R., Zeger, S. et McCarthy, M. L. (2010). The effect of diagnostic triage standing orders on emergency department treatment time. *Academic Emergency Medicine*, 17, S127.
- Robinson, D. J. (2013). An Integrative Review: Triage Protocols and the Effect on ED Length of Stay. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 39(4), 398-408. doi: 10.1016/j.jen.2011.12.016
- Rowe, B., Villa-Roel, C., Guo, X., Bullard, M., Ospina, M., Vandermeer, B., . . . Holroyd, B. (2011). The role of triage nurse ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 1), S25.
- Sibbald, B., Shen, J. et McBride, A. (2004). Changing the skill-mix of the health care workforce. *J Health Serv Res Policy*, 9 Suppl 1, 28-38. doi: 10.1258/135581904322724112
- Sorensen, E. L., Keeling, A., Snyder, A. et Syverud, S. (2012). Decreasing ED Length of Stay with Use of the Ottawa Ankle Rules Among Nurses. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 38(4), 350-352. doi: 10.1016/j.jen.2011.02.014
- Souza, M. T., Silva, M. D. et Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (Sao Paulo)*, 8(1), 102-106. doi: 10.1590/s1679-45082010rw1134

- Stauber, M. A. (2013). Advanced Nursing Interventions and Length of Stay in the Emergency Department. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 39(3), 221-225. doi: 10.1016/j.jen.2012.02.015
- Taylor, S. E., Taylor, D. M., Jao, K., Goh, S. et Ward, M. (2013). Nurse-initiated analgesia pathway for paediatric patients in the emergency department: a clinical intervention trial. *Emerg Med Australas*, 25(4), 316-323. doi: 10.1111/1742-6723.12103
- Thompson, G. C., Kwong, S., Bobrovitz, N., Yang, S., Pols, E. K., Stang, A. S., . . . Kazoleas, V. (2016). Implementation of an Advanced Nursing Directive for Children With Right Lower Quadrant Pain: Identifying Those Requiring Further Investigation and Improving Flow Metrics. *Pediatric Emergency Care*, 32(6), 352-356. doi: 10.1097/PEC.0000000000000475
- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*, 52(5), 546-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- Wong, E. M. L., Chan, H. M. S., Rainer, T. H. et Ying, C. S. (2007). The effect of a triage pain management protocol for minor musculoskeletal injury patients in a Hong Kong emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10(2), 64-72.
- Zemek, R., Plint, A., Osmond, M. H., Kovesi, T., Correll, R., Perri, N. et Barrowman, N. (2012). Triage nurse initiation of corticosteroids in pediatric asthma is associated with improved emergency department efficiency. *Pediatrics*, 129(4), 671-680.

Annexe A :
Recherche documentaire

Date : 25 mars 2017

Recherche CINAHL avec descripteurs

Ordonnances collectives	Infirmière	Triage	Département d'urgence
Nursing orders	Nurses	Triage	Emergency service
Nursing protocols	Nursing care	Patient selection	Emergency medical services
Nursing process	Nursing practice		Emergencies
Prescriptions, non-drugs	Nursing role		
Prescriptions, drugs	Emergency nursing		

Résultats : 212 articles

Recherche CINAHL par équation de recherche

(order* OR protocol* OR directive* OR prescri* OR initiat* OR intervention*) AND (nurs*) AND (triage OR ((sort* OR classific* OR select*) N4 patient*)) AND (emergenc*)

Résultats : 296 articles

Total de CINALH : 446 articles (62 doublons retirés)

Recherche MEDLINE avec descripteurs

Ordonnances collectives	Infirmière	Triage	Département d'urgence
Standing orders	Nurses	Triage	Emergency medical services
Clinical protocols	Nursing	Patient selection	Emergencies
Nursing process	Nursing, Practical		Emergency service, hospital
Prescriptions	Nursing care		
Drug prescriptions	Nurse's role		
	Emergency nursing		

Résultats : 12 articles

Recherche MEDLINE par équation de recherche

(order* OR protocol* OR directive* OR prescri* OR initiat* OR intervention*) AND (nurs*) AND (triage OR ((sort* OR classif* OR select*) adj4 patient*)) AND (emergenc*)

Résultats : 475 résultats

Total de MEDLINE : 462 articles (25 doublons retirés)

Recherche EMBASE avec descripteurs

Ordonnances collectives	Infirmière	Triage	Département d'urgence
Clinical protocol	Nurse	-	Emergency care
Nursing process	Nursing		Emergency ward
Nursing protocol	Nursing care		Emergency
Nursing intervention	Nursing practice		
Prescription	Emergency nursing		

Résultats : 308 articles

Recherche EMBASE par équation de recherche

(order* OR protocol* OR directive* OR prescri* OR initiat* OR intervention*) AND (nurs*) AND (triage OR ((sort* OR classif* OR select*) adj4 patient*)) AND (emergenc*)

Résultats : 530 résultats

Total de EMBASE : 765 articles (73 doublons retirés)

Recherche COCHRANE par équation de recherche

(order* OR protocol* OR directive* OR prescri* OR initiat* OR intervention*) AND (nurs*) AND (triage OR ((sort* OR classif* OR select*) adj4 patient*)) AND (emergenc*)

Résultats : 216 articles

Recherche PubMed avec MeSH

Ordonnances collectives	Infirmière	Triage	Département d'urgence
Nursing process Standing orders Nursing assessment Prescriptions	Nurses Nurse clinicians Practice patterns, nurses Licensed practical nurses Nurse's role Nursing Nursing care Nursing staff, hospital	Triage Patient selection	Emergency medical services Emergency service, hospital Emergencies

Résultats : 215 articles

Recherche PubMed par équation de recherche

(order* OR protocol* OR directive* OR prescri* OR initiat* OR intervention*) AND (nurs*) AND (triage OR (sort* OR classif* OR select*)) AND (emergenc*)

Résultats : 1043 articles

Total de PubMed : 1211 articles (47 doublons retirés)

Annexe B :
Grille d'analyse *Mixed Methods Appraisal Tool*

#	Critère	1	2	3	4	5	6	7	8
	Y a-t-il une question de recherche qualitative et/ou quantitative (ou un objectif de recherche) claire?	2	2	2	2	2	1	1	2
	Les données collectées permettent-elles de répondre à la question de recherche (ou à l'objectif de recherche)? Par exemple, la période de suivi est-elle suffisamment longue pour permettre à l'effet de se produire (pour les études longitudinales)?	1	2	2	2	2	1	1	1

Études Qualitatives

1.1	Les sources de données (p. ex. participants) permettent-elles de répondre à la question de recherche?								
1.2	Le processus d'analyse des données qualitatives permet-il de répondre à la question de recherche?								
1.3	Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte la manière dont les résultats sont liés au contexte (p. ex. le cadre dans lequel les données ont été collectées)?								
1.4	Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte la manière dont leur présence influence les résultats (p. ex. leurs interactions avec les participants)?								

Études quantitatives avec sélection aléatoire (essai contrôlé randomisé)

2.1	Y a-t-il une description claire du processus de randomisation et/ou d'un processus approprié de distribution dans les groupes				1	1			
2.2	Y a-t-il une description claire du processus de sélection à l'aveugle?				2	1			
2.3	Les données sont-elles complètes (>80 %)?				2	2			
2.4	Le nombre de perdus de vue est-il faible (<20 %)?				2	2			

Études quantitatives sans sélection aléatoire

3.1	Le processus de sélection des participants permet-il de minimiser les facteurs de confusion (selection bias)?	1					1	0	1
3.2	Les instruments de mesure de l'exposition (ou de l'intervention) et des effets sont-ils appropriés (origine claire, validité connue, outil validé; et absence de contamination entre les groupes si pertinent)?	0					1	0	1
3.3	Dans les groupes comparés (exposés / non exposés; avec ou sans l'intervention; cas / contrôles), les participants sont-ils comparables, ou les chercheurs prennent-ils en compte (en les contrôlant) ces différences dans leurs analyses?	2					1	1	1
3.4	Les données sont-elles complètes (>80 %) et/ou le taux de réponse est-il acceptable (>60 %), ou un taux acceptable de suivi pour les études de cohorte (selon la durée du suivi)?	1					NA	1	NA

Études quantitatives descriptives

4.1	La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche quantitative?		2	1					
4.2	L'échantillon est-il représentatif de la population étudiée?		1	1					
4.3	Les mesures utilisées sont-elles appropriées?		1	2					
4.4	Le taux de réponse est-il acceptable (>60 %)?		NA	NA					

5. Études mixtes

5.1	Le devis de recherche mixte permet-il de répondre à la question de recherche?								
5.2	L'intégration des données qualitatives et quantitatives (ou des résultats) permet-elle de répondre à la question de recherche?								
5.3	Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte les limites associées au processus d'intégration (p. ex. divergence des données ou des résultats qualitatifs et quantitatifs dans le cas d'un devis de triangulation)?								

Les critères pour la composante qualitative (1.1 à 1.4) ainsi que pour la composante quantitative appropriée (2.1 à 2.4, ou 3.1 à 3.4 ou 4.1 à 4.4) doivent être appliqués (études mixtes)

Total / Maximum possible :	7/12 58%	8/10 80%	8/10 80%	11/12 92%	10/12 83%	5/10 50%	4/12 33%	6/10 60%
-----------------------------------	-------------	-------------	-------------	--------------	--------------	-------------	-------------	-------------

#	Critère	9	10	11	12	13	14	15	16
	Y a-t-il une question de recherche qualitative et/ou quantitative (ou un objectif de recherche) claire?	2	2	2	2	2	2	2	
	Les données collectées permettent-elles de répondre à la question de recherche (ou à l'objectif de recherche)? Par exemple, la période de suivi est-elle suffisamment longue pour permettre à l'effet de se produire (pour les études longitudinales)?	1	2	2	1	1	2	1	

Études Qualitatives

1.1	Les sources de données (p. ex. participants) permettent-elles de répondre à la question de recherche?								
1.2	Le processus d'analyse des données qualitatives permet-il de répondre à la question de recherche?								
1.3	Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte la manière dont les résultats sont liés au contexte (p. ex. le cadre dans lequel les données ont été collectées)?								
1.4	Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte la manière dont leur présence influence les résultats (p. ex. leurs interactions avec les participants)?								

Études quantitatives avec sélection aléatoire (essai contrôlé randomisé)

2.1	Y a-t-il une description claire du processus de randomisation et/ou d'un processus approprié de distribution dans les groupes			2					
2.2	Y a-t-il une description claire du processus de sélection à l'aveugle?			1					
2.3	Les données sont-elles complètes (>80 %)?			2					
2.4	Le nombre de perdus de vue est-il faible (<20 %)?			1					

Études quantitatives sans sélection aléatoire

3.1	Le processus de sélection des participants permet-il de minimiser les facteurs de confusion (selection bias)?	1	2		1	1	1		
3.2	Les instruments de mesure de l'exposition (ou de l'intervention) et des effets sont-ils appropriés (origine claire, validité connue, outil validé; et absence de contamination entre les groupes si pertinent)?	1	1		1	1	1		
3.3	Dans les groupes comparés (exposés / non exposés; avec ou sans l'intervention; cas / contrôles), les participants sont-ils comparables, ou les chercheurs prennent-ils en compte (en les contrôlant) ces différences dans leurs analyses?	1	2		2	2	2		
3.4	Les données sont-elles complètes (>80 %) et/ou le taux de réponse est-il acceptable (>60 %), ou un taux acceptable de suivi pour les études de cohorte (selon la durée du suivi)?	2	2		1	2	NA		

Études quantitatives descriptives

4.1	La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche quantitative?							1	
4.2	L'échantillon est-il représentatif de la population étudiée?							2	
4.3	Les mesures utilisées sont-elles appropriées?							2	
4.4	Le taux de réponse est-il acceptable (>60 %)?							NA	

5. Études mixtes

5.1	Le devis de recherche mixte permet-il de répondre à la question de recherche?								
5.2	L'intégration des données qualitatives et quantitatives (ou des résultats) permet-elle de répondre à la question de recherche?								
5.3	Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte les limites associées au processus d'intégration (p. ex. divergence des données ou des résultats qualitatifs et quantitatifs dans le cas d'un devis de triangulation)?								

Les critères pour la composante qualitative (1.1 à 1.4) ainsi que pour la composante quantitative appropriée (2.1 à 2.4, ou 3.1 à 3.4 ou 4.1 à 4.4) doivent être appliqués (études mixtes)

Total / Maximum possible :	8/12 67%	9/10 90%	10/12 83%	8/12 67%	9/12 75%	8/10 80%	8/10 80%		
-----------------------------------	-------------	-------------	--------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--	--

#	Critère	17	18	19	20	21	22	23
	Y a-t-il une question de recherche qualitative et/ou quantitative (ou un objectif de recherche) claire?		1	1	1	2	2	2
	Les données collectées permettent-elles de répondre à la question de recherche (ou à l'objectif de recherche)? Par exemple, la période de suivi est-elle suffisamment longue pour permettre à l'effet de se produire (pour les études longitudinales)?		1	1	1	2	1	1

Études Qualitatives

1.1	Les sources de données (p. ex. participants) permettent-elles de répondre à la question de recherche?						2	
1.2	Le processus d'analyse des données qualitatives permet-il de répondre à la question de recherche?						2	
1.3	Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte la manière dont les résultats sont liés au contexte (p. ex. le cadre dans lequel les données ont été collectées)?						2	
1.4	Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte la manière dont leur présence influence les résultats (p. ex. leurs interactions avec les participants)?						0	

Études quantitatives avec sélection aléatoire (essai contrôlé randomisé)

2.1	Y a-t-il une description claire du processus de randomisation et/ou d'un processus approprié de distribution dans les groupes							
2.2	Y a-t-il une description claire du processus de sélection à l'aveugle?							
2.3	Les données sont-elles complètes (>80 %)?							
2.4	Le nombre de perdus de vue est-il faible (<20 %)?							

Études quantitatives sans sélection aléatoire

3.1	Le processus de sélection des participants permet-il de minimiser les facteurs de confusion (selection bias)?		1		1		1	1
3.2	Les instruments de mesure de l'exposition (ou de l'intervention) et des effets sont-ils appropriés (origine claire, validité connue, outil validé; et absence de contamination entre les groupes si pertinents)?		0		1		1	1
3.3	Dans les groupes comparés (exposés / non exposés; avec ou sans l'intervention; cas / contrôles), les participants sont-ils comparables, ou les chercheurs prennent-ils en compte (en les contrôlant) ces différences dans leurs analyses?		0		2		2	2
3.4	Les données sont-elles complètes (>80 %) et/ou le taux de réponse est-il acceptable (>60 %), ou un taux acceptable de suivi pour les études de cohorte (selon la durée du suivi)?		0		2		2	2

Études quantitatives descriptives

4.1	La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche quantitative?			1		2		
4.2	L'échantillon est-il représentatif de la population étudiée?			1		2		
4.3	Les mesures utilisées sont-elles appropriées?			1		1		
4.4	Le taux de réponse est-il acceptable (>60 %)?			NA		NA		

5. Études mixtes

5.1	Le devis de recherche mixte permet-il de répondre à la question de recherche?						2	
5.2	L'intégration des données qualitatives et quantitatives (ou des résultats) permet-elle de répondre à la question de recherche?						1	
5.3	Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte les limites associées au processus d'intégration (p. ex. divergence des données ou des résultats qualitatifs et quantitatifs dans le cas d'un devis de triangulation)						1	

Les critères pour la composante qualitative (1.1 à 1.4) ainsi que pour la composante quantitative appropriée (2.1 à 2.4, ou 3.1 à 3.4 ou 4.1 à 4.4) doivent être appliqués (études mixtes)

Total / Maximum possible :		3/12 25%	5/10 50%	8/12 67%	9/10 90%	19/26 73%	9/12 75%	
-----------------------------------	--	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------	-------------	--

Annexe C :
Grille de lecture des articles

#	Auteur Année de publication	Devis d'étude	Échantillon Lieu de collecte	Ordonnances collectives	Dimensions	Sous-dimensions	Effets des ordonnances collectives
1	Ashurst et al., 2014	Étude quantitative prospective	n = 60 Centre de soins tertiaires (95 000 patients annuels) et centre urbain (flux annuel : 33 500) États-Unis	Radiographie	Soins opportuns Soins axés sur le patient	Durée de séjour Satisfaction des patients	Diminution de 6,5 minutes. Aucun effet.
2	Barksdale et al. 2016	Étude observationnelle, rétrospective et transversale	n = 23 409 Centre de trauma urbain niveau 1 (flux annuel : 67 000)	Analgésie	Efficiencie	Délai avant de recevoir un analgésique	Diminution du délai moyen de 59,5 min.
	Bruce et al. 2015	Étude quantitative rétrospective	n = 195 Centre médical universitaire (flux annuel : 52 000) États-Unis	Protocole de septicémie	Efficiencie Soins opportuns	Délai avant les traitements Durée de séjour	Diminution de 27 min du temps médian avant l'administration d'antibiotiques. Aucun effet.
4	Douma et al. 2016	Étude comparative à répartition aléatoire	n = 143 Centre urbain (flux annuel : 75 000) Canada	Analgésie Protocole pour la douleur abdominale, la douleur à la hanche, la douleur thoracique et les saignements vaginaux	Efficiencie Soins opportuns Efficiencie Sécurité	Délai avant les examens diagnostiques Durée de séjour Délai avant de recevoir un analgésique Perception des infirmières	Diminution du délai avant la radiographie de 257 min. Diminution du délai avant le résultat de bilans sanguins de 79 min. Diminution de la durée médiane de séjour de 0, 131, 181, 224 et 232 min. Diminution du délai avant l'admission pour les cas de fracture de hanche. Diminution de délai médian de 186 min. Augmentation de la satisfaction. Augmentation des responsabilités de l'infirmière au triage.

#	Auteur Année de publication	Devis d'étude	Échantillon Lieu de collecte	Ordonnances collectives	Dimensions	Sous-dimensions	Effets des ordonnances collectives
5	Fan et Woolfrey, 2006	Étude quantitative à répartition aléatoire	n = 124 Centre universitaire (flux annuel : 45 349) Canada	Radiographie	Soins opportuns	Durée de séjour	Diminution de 6.7 min de la moyenne.
					Efficienc	Délai avant le congé	Diminution de 28 min.
6	Finn et al., 2012	Étude quantitative avec un groupe historique de contrôle	n = 889 Centre urbain tertiaire d'enseignement (flux annuel : 417 259) Australie	Analgésie	Efficienc	Délai avant de recevoir un analgésique	Diminution de la médiane de 70 min.
					Efficacit	Processus de triage	Diminution du délai avant l'évaluation de la douleur à moins de 1 min.
					Sécurité	Effets iatrogènes	Aucun effet.
7	Fosnocht et Swanson, 2007	Étude quantitative sans sélection aléatoire	n = 583 Centre urbain (flux annuel : 30 000) États-Unis	Analgésie	Efficienc	Délai avant de recevoir un analgésique	Diminution du délai moyen de 36 min.
8	Goh et al. 2007	Revue de dossiers	n = 273 Centre de 1000 lits (flux quotidien : 350) Singapour	Analgésie	Efficienc	Délai avant de recevoir un analgésique	Diminution de 65,7 min.
					Sécurité	Effets iatrogènes	Aucun effet.
					Sécurité	Perception des infirmières	Augmentation de la satisfaction.
9	Hendrickson et al. 2017	Étude quantitative avec un groupe contrôle	n = 128 Centre urbain pédiatrique d'enseignement de soins tertiaires (flux annuel : 11 000) États-Unis	Antiémétique Thérapie de réhydratation orale	Soins opportuns	Durée de séjour	Aucun effet.
					Efficienc	Délai avant les traitements	Diminution du délai avant l'administration d'antiémétique de 30 min. Diminution de l'utilisation de la réhydratation intraveineuse et de tests sanguins après l'évaluation médicale.
					Efficienc	Taux d'admission et de réadmission	Aucun effet.

#	Auteur Année de publication	Devis d'étude	Échantillon Lieu de collecte	Ordonnances collectives	Dimensions	Sous-dimensions	Effets des ordonnances collectives
					Efficacité	Processus de triage	Amélioration de l'évaluation du degré de déshydratation chez les patients présentant des symptômes de gastro-entérite.
10	Hwang et al. 2016	Étude quantitative rétrospective	n = 301 Centre de trauma niveau 1 (flux annuel : 67 172) États-Unis	Protocole pour les douleurs thoraciques	Soins opportuns Efficience	Durée de séjour Délai avant le congé	Augmentation de 212 min. Diminution de 26 min.
11	Lee et al., 2016	Étude quantitative à répartition aléatoire	n = 146 Centre tertiaire d'enseignement de trauma niveau 1 (flux annuel : 90 000) Canada	Radiographie	Soins opportuns Soins axés sur le patient Sécurité	Durée de séjour Satisfaction des patients Perception des infirmières.	Diminution de la moyenne de 28 min. Les patients étaient satisfaits. Augmentation de la satisfaction. Augmentation des responsabilités de l'infirmière au triage.
12	Muntlin et al. 2011	Étude quantitative sans sélection aléatoire	n = 200 Centre universitaire, spécialité en chirurgie générale (flux annuel : 55 000) Suède	Analgésie	Efficience Soins opportuns Soins axés sur le patient Sécurité	Délai avant de recevoir un analgésique Durée de séjour Satisfaction des patients Effets iatrogènes	Diminution de 72 min. Aucun effet. Amélioration de la qualité des soins. Diminution de l'intensité de la douleur. Aucun effet.

#	Auteur Année de publication	Devis d'étude	Échantillon Lieu de collecte	Ordonnances collectives	Dimensions	Sous-dimensions	Effets des ordonnances collectives
13	Patel et al. 2012	Étude quantitative prospective avec un groupe de contrôle historique	n = 206 Centre urbain tertiaire d'enseignement (flux annuel : 55 000) Australie	Radiographie	Soins opportuns Sécurité	Durée de séjour Perception des infirmières	Aucun effet. Utilisation du jugement clinique.
14	Pierik et al., 2016	Étude quantitative sans sélection aléatoire	n = 660 Centre de trauma niveau 1 (flux annuel : 27 000) Pays-Bas	Analgsie	Efficience Soins opportuns Soins axés sur le patient	Délai avant de recevoir un analgsique Durée de séjour Satisfaction des patients	Diminution du délai moyen de 3 min. Diminution de la moyenne de 6,5 min. Amélioration du soulagement de la douleur de 1,56 à 1,00.
15	Retezar et al. 2010	Étude quantitative rétrospective	n = 38 719 Centre universitaire trauma niveau 2 (flux annuel : 57 000) États-Unis	Protocole pour la douleur thoracique, la dyspnée, la douleur abdominale et le problème génito-urinaire	Efficience Sécurité	Délai avant le congé Perception des infirmières	Diminution de 52 min. Utilisation du jugement clinique.
16	Robinson, 2013	Revue intégrative	n = 8 articles		Soins opportuns	Durée de séjour	Diminution de la durée moyenne de 2.45 à 74 min.
17	Rowe et al., 2011	Revue systématique	n = 14 articles	Radiographie	Soins opportuns	Durée de séjour	Diminution de 37 min.
18	Sorensen et al. 2012	Étude quantitative prospective	n = 205 Centre non défini États-Unis	Radiographie	Soins opportuns	Durée de séjour	Diminution de 45 min.
19	Stauber, 2013	Étude quantitative rétrospective	n = 243 Centre académique États-Unis	Protocole pour la douleur abdominale	Soins opportuns Sécurité	Durée de séjour Perception des infirmières	Aucun effet. Augmentation des responsabilités de l'infirmière au triage.

#	Auteur Année de publication	Devis d'étude	Échantillon Lieu de collecte	Ordonnances collectives	Dimensions	Sous-dimensions	Effets des ordonnances collectives
20	Taylor et al. 2013	Étude quantitative sans sélection aléatoire	n = 51 Centre tertiaire mixte (flux annuel : 18 000 enfants) Australie	Analgésie	Efficience Soins axés sur le patient Soins opportuns Efficacité	Délai avant de recevoir un analgésique Satisfaction des patients Durée de séjour Processus de triage	Diminution du délai moyen de 35 min. Amélioration du niveau de satisfaction des parents. Aucun effet. Les infirmières étaient plus proactives à administrer un analgésique et à utiliser des mesures de gestion de la douleur.
21	Thompson et al., 2016	Étude de cohorte	n = 210 Centre tertiaire pédiatrique (flux annuel : 70 000) Canada	Protocole pour la douleur abdominale du quadrant inférieur droit	Soins opportuns Efficience	Durée de séjour Délai avant les examens diagnostiques	Diminution du délai avant l'admission dans les cas d'appendicite de 124 min. Diminution de 88 min avant les résultats de bilans sanguins. Aucun effet sur le délai avant l'échographie.
22	Wong et al. 2007	Étude à devis mixte avec un groupe contrôle	n = 295 Centre universitaire (flux quotidien : 450) Chine	Analgésie	Efficience Soins axés sur le patient Efficacité Équité Sécurité	Délai avant de recevoir un analgésique Satisfaction des patients Processus de triage Délai d'attente pour le triage Effet iatrogène	Diminution de 84 min. Diminution du niveau de la douleur une heure avant l'analgésie. Amélioration du taux d'évaluation de la douleur. Augmentation possible du délai. Aucun effet.

#	Auteur Année de publication	Devis d'étude	Échantillon Lieu de collecte	Ordonnances collectives	Dimensions	Sous-dimensions	Effets des ordonnances collectives
23	Zemek et al., 2012	Essai contrôlé de séries chronologiques	n = 644 Centre pédiatrique tertiaire (flux annuel : 60 000) Canada	Corticostéroïdes	Efficienc	Taux d'admission et de réadmission	Diminution du taux d'admission de 7.3 %. Pas de différence dans les taux d'admission / réadmission dans les sept jours suivants.
					Efficienc	Délai avant les traitements	Diminution du délai moyen avant l'administration de corticostéroïdes de 44 min.
					Efficienc	Délai avant le congé	Diminution de 44 min.

Annexe D :
Critères de la revue *Santé publique*

Recommandations aux auteurs : Revue Santé publique

Présentation

La revue *Santé Publique* s'adresse à l'ensemble des acteurs de santé publique qu'ils soient décideurs, professionnels de santé, acteurs de terrain, chercheurs, enseignants ou formateurs, etc. Elle publie des travaux de recherche, des évaluations, des analyses d'action, des réflexions sur des interventions de santé, des opinions, relevant des champs de la santé publique et de l'analyse des services de soins, des sciences sociales et de l'action sociale.

Santé publique est une revue à comité de lecture, multidisciplinaire et généraliste, qui publie sur l'ensemble des thèmes de la santé publique parmi lesquels : accès et recours aux soins, déterminants et inégalités sociales de santé, prévention, éducation pour la santé, promotion de la santé, organisation des soins, environnement, formation des professionnels de santé, nutrition, politiques de santé, pratiques professionnelles, qualité des soins, gestion des risques sanitaires, représentation et santé perçue, santé scolaire, santé et travail, systèmes de santé, systèmes d'information, veille sanitaire, déterminants de la consommation de soins, organisation et économie des différents secteurs de production de soins (hôpital, médicament, etc.), évaluation médico-économique d'activités de soins ou de prévention et de programmes de santé, planification des ressources, politiques de régulation et de financement, etc.

Les recommandations énoncées ci-après sont conformes aux normes de présentation des manuscrits établies par *l'International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) (convention de Vancouver). Les auteurs sont invités à s'y reporter. Le texte complet en anglais est accessible à l'adresse suivante : <http://www.icmje.org>. Une traduction en français de ce texte est disponible à l'adresse : <http://www.icmje.org/recommendations/translations/french2015.pdf>. Cette traduction peut ne pas être à jour des dernières modifications.

Procédure de soumission

Toute proposition de manuscrit doit être soumise en ligne en se connectant à : <http://rsp.fontismedia.com/rsp>.

Lors de la soumission, il sera demandé de préciser les prénoms, noms, fonctions et affiliations de l'auteur principal et des co-auteurs, et de désigner parmi ceux-ci l'auteur correspondant. L'auteur correspondant devra mentionner ses adresses : postale et de messagerie. Sauf opposition mentionnée à l'attention du secrétariat de la rédaction, ces deux adresses seront publiées dans l'article.

Toutes ces informations ne doivent pas figurer sur le manuscrit qui doit être anonyme (cf. infra « Préparation d'un manuscrit »).

Pour vous aider dans la procédure de soumission, vous pouvez télécharger le guide de soumission : <http://www.sfsp.fr/doc/Guidesoumissioninternet.pdf>

En cas de difficulté, vous pouvez contacter le secrétariat de la revue.

Éléments à fournir lors de la soumission

Chaque soumission d'article doit être accompagnée :

- d'une lettre au rédacteur en chef comprenant :
 - une présentation brève de l'article (10 lignes maximum);
 - la désignation de l'auteur principal, des co-auteurs éventuels ainsi que de l'auteur correspondant ;
 - l'attestation de la non publication et de la non soumission du texte dans une autre revue jusqu'à réception de la décision de la revue Santé publique : en soumettant un article pour publication, les auteurs garantissent que l'article est original, n'a pas été publié auparavant, n'a pas été soumis pour publication à un autre journal, et ne le sera pas jusqu'à réception de la décision de *Santé publique*.
 - l'attestation que les co-auteurs éventuels ont validé l'article tel que soumis ainsi que le choix de la revue.
 - la suggestion de la rubrique pouvant accueillir son article, sachant que cette décision appartiendra à la Rédaction.
- de la déclaration d'éventuels conflits d'intérêts en joignant la version française du formulaire recommandé par l'*International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, renseigné par l'ensemble des auteurs Ce formulaire est disponible en ligne sur le site de soumission.

En cas de reproduction, dans l'article soumis, de documents protégés par un droit d'auteur, y compris les longues citations (plus de 500 mots), tableaux, figures, graphiques, etc. issus d'une source extérieure, fournir l'autorisation écrite de l'éditeur. Cette autorisation devra préciser qu'elle est valable pour la reproduction sur la revue imprimée et sur la revue électronique.

En soumettant leur manuscrit, les auteurs s'engagent sur l'originalité de leur article. C'est-à-dire que les données n'ont pas déjà été publiées par eux ou par d'autres, même de manière partielle.

Comme le souligne l'ICMJE, les pratiques de plagiat et d'auto-plagiat ont notamment pour inconvénient de comptabiliser les données deux fois dans les revues systématiques ou les méta analyses.

<http://www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/overlapping-publications.html>

Dans le cas où une republication présenterait un intérêt pour le lectorat, les auteurs s'engagent dans la transparence des informations qu'ils donnent à la revue. Ils doivent avoir obtenu l'accord de republication de la revue ayant publié les données en premier. Il appartient ensuite aux revues concernées du juger de l'intérêt de la re-publication. La re-publication est alors mentionnée dans le deuxième article.

Les manuscrits non conformes aux instructions aux auteurs ne seront pas acceptés.

Préparation d'un manuscrit

La langue d'usage est le français.

Les auteurs peuvent utiliser les référentiels, selon le type d'étude, proposés par le réseau EQUATOR pour la présentation de leurs travaux (<http://www.equator-network.org/>).

Les articles sont publiés dans trois rubriques :

- *Politiques, interventions et expertises en santé publique* regroupe plus particulièrement les articles en rapport avec la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé, les interventions et les politiques de santé ;
- *Pratiques et organisation des soins* présente les articles sur les services de soins, sur l'organisation et l'optimisation des systèmes de soins, ainsi que sur les systèmes de protection sociale. Les articles publiés dans cette rubrique sont en accès libre sur l'Internet dès leur publication ;
- *Afrique, santé publique et développement* publie des articles analysant les problématiques de santé et/ou visant l'amélioration des systèmes de santé en Afrique.

Dans les trois rubriques, cinq types de publications sont proposés aux auteurs :

Recherche originale

Ce type d'articles publie des études et recherches empiriques (donc basées sur l'expérimentation), des évaluations ou analyses d'interventions. Les manuscrits se conforment au plan imred (imrad en anglais) qui comporte quatre parties : Introduction, méthodes, résultats et discussion. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures) est de 40 000 signes, espaces compris.

Toutefois cette catégorie peut accueillir des articles méthodologiques qui ne suivront pas nécessairement le plan imred.

Article court

Ce type d'article publie des textes courts, selon le plan imred, favorisant les résultats d'études et, éventuellement, précisant dans la discussion, les implications intéressantes pour les décideurs. L'objectif de ces articles est de faciliter la prise en compte des résultats de la recherche dans la décision en santé. Il permet aussi de publier des retours d'expériences sur des interventions en santé publique, en se conformant aux règles usuelles de la communication écrite. Ces articles courts peuvent aussi être des compléments ou des mises à jour de résultats d'études publiées antérieurement. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures) est de 15 000 signes, espaces compris. Le nombre de tableaux et de figures n'excédera pas trois pour chacun d'eux.

Ce type d'articles est recommandé par le comité de rédaction car il facilite la bonne communication des travaux publiés.

Synthèse des connaissances

Ce type d'articles accueille des articles de synthèse et des revues analytiques ou critiques de la littérature existante. Il peut s'agir de revues narratives où l'auteur choisit explicitement des articles qui vont argumenter son sujet. Il peut s'agir aussi de revues systématiques ou de méta-analyses où l'ensemble des articles répondant à un critère de sélection sont retenus. Les critères d'exclusion sont explicites et argumentés. Pour celles-ci, les manuscrits soumis dans cette rubrique se conforment au plan Imred. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures) est de 40 000 signes, espaces compris.

Opinion et débat

Ce type d'articles publie des textes courts débattant d'un sujet d'actualité en santé publique. Il peut aussi s'agir de mise au point d'un expert sur un sujet sur lequel il est reconnu. Les manuscrits soumis dans cette rubrique doivent se conformer aux règles usuelles de la communication écrite. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures) est de 15 000 signes, espaces compris.

Lettre à la rédaction

Pour favoriser les échanges scientifiques, la revue incite les lecteurs à commenter ou à réagir aux articles publiés en adressant une lettre à la rédaction. Ces lettres ne doivent pas dépasser 3 500 signes, espaces compris, et cinq références bibliographiques, dont celle concernée par la lettre. Il est possible d'y ajouter deux tableaux ou figures. Le contenu des lettres doit être fondé et constituer un apport au débat scientifique. Les lettres sont relues par le comité de rédaction. Si la lettre est acceptée pour publication, son auteur en sera informé par messagerie. Les auteurs doivent indiquer clairement leurs fonctions et affiliations, leur adresse postale et leur messagerie. Les situations de conflits d'intérêts seront aussi mentionnées dans la publication.

Les auteurs de l'article concerné ont la possibilité de répondre aux lettres à la rédaction et leur réponse peut être publiée. L'auteur d'une lettre à la rédaction peut répliquer à l'auteur dans un numéro suivant de la revue, selon les mêmes modalités.

Quel que soit le type de soumission choisi, les manuscrits doivent se conformer à la structuration suivante :

Page de titre

Elle comporte

- un titre d'un maximum de 15 mots, en français et en anglais, complété d'un titre court de 5-6 mots ;
- le nombre de signes de l'article (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures compris);
- la rubrique de publication de soumission, parmi les trois mentionnées plus haut
- le type de publication de soumission, parmi les cinq mentionnées plus haut.

Page de résumé

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots pour chacune des langues, français et anglais. Pour les trois types d'article : recherche originale, article court et synthèse des connaissances, le résumé doit être structuré et donc respecter le plan : objectif, méthodes, résultats, conclusions. Il doit être informatif. Seules les lettres à la rédaction n'ont pas de résumé.

Mots-clés

Ils se situent après le résumé. Les lettres à la rédaction n'ont pas de mots clés.

Tout article doit être accompagné de six mots-clés au maximum, proposés en français et en anglais. Les mots-clés français et anglais doivent être issus en priorité du *Medical Subject Heading* (Mesh : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) et de sa version française réalisée par l'INSERM (<http://mesh.inserm.fr/mesh/>). Une version du Mesh multilingue dont le français (version INSERM) et l'anglais est disponible sur le site de la fondation suisse *Health on the net* (http://www.hon.ch/HONselect/Search_f.html).

Quand les mots-clés ne sont pas trouvés dans le Mesh, il est possible de faire appel aux termes pertinents de sa discipline et notamment au thésaurus de la Base de données en santé publique (BDSP : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Thesaurus/>).

Textes

Voir les instructions supra selon le type de publication de la soumission.

Références bibliographiques

Les références se positionnent après le texte.

Seuls les travaux cités dans le manuscrit figurent dans les références.

Pour les types de publication *recherche originale* et *synthèse des connaissances* le nombre minimum de références est de dix ; ce nombre ne peut excéder 40. Pour les autres types de publication (sauf pour les lettres à la rédaction), le nombre minimum de références est de trois.

L'ordre pour les références bibliographiques est celui de l'apparition dans le texte.

Les références bibliographiques doivent se conformer aux normes adoptées par *l'International Committee of Medical Journal Editors* (convention de Vancouver). Les informations détaillées sont disponibles à l'adresse : <http://www.icmje.org/>

Version française : <http://www.icmje.org/recommendations/translations/french2013.pdf>

Pour un article standard :

Les noms des auteurs figurent en minuscules, suivis des initiales du prénom, sans point et suivies d'une virgule. Lorsque le nombre d'auteurs excède six, on mentionne les six premiers auteurs suivis d'une virgule et de « et al ».

Le titre complet de l'article figure dans sa langue de publication (et non dans celle de présentation dans les bases bibliographiques). Il est suivi d'un point puis d'un espace.

Le titre de la revue est abrégé conformément à la liste des abréviations de la *National Library of Medicine* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). Ces abréviations ne comportent aucune ponctuation ; les majuscules et minuscules doivent être respectées. Le titre de la revue est suivi d'un point, de l'année de publication suivie d'un point-virgule, du volume en chiffre, du numéro entre parenthèses suivi de deux points et de la pagination.

Exemples :

Tessier S, Chauliac M, Descamps Latscha B, Pol D. Éducation nutritionnelle à l'école : évaluation d'une méthode pédagogique « La Main à la Pâte ». *Sante Publique*. 2010;22(2):229-38. Jarvis MJ, Wardle J, Walker J, Owen L. Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. *BMJ*. 2003;326:1061.

Pour un livre, on mentionne les auteurs, le titre, la ville d'édition (le pays entre parenthèses si la ville n'est pas une capitale), la maison d'édition, l'année de parution et le nombre de pages.

Exemple : Fassin D. *Faire de la santé publique*. 2e éd. Rennes (France) : Presses de l'EHESP; 2008. 69 p.

Pour un chapitre de livre, on mentionne les auteurs du chapitre, le titre du chapitre, puis, précédés de « In : » les auteurs du livre, le titre du livre, la ville d'édition (le pays entre parenthèse si la ville n'est pas une capitale), la maison d'édition, l'année de parution et la pagination du chapitre :

Exemples : Lombrail P, Pascal J. Les inégalités sociales de santé. In : Bourdillon F, editor. *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2009.

Pour un rapport

Exemple : Acker D, Bensadon AC, Legrand P, Mounier C. Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants. Paris : Inspection générale des affaires sociales (Fr) ; 2012. 111 p. Report No. : RM2012-046P.

Pour une page de l'internet

Exemple : Santé Canada. Médicaments [Internet]. Ottawa ; 2012 Aug [Cité le 30 oct 2012] 1 p. Disponible sur <<http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/index-fra.php>>

Pour un document légal

Exemple : République Française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°0185 du 11 août 2004. p 14277.

Pour les autres documents et plus d'information en français sur les normes de Vancouver, vous pouvez consulter les règles de présentation des références de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement :

http://www.isped.u-bordeaux2.fr/CDD/FR_HTML_RedactionReferences.aspx

Tableaux et figures

Le nombre total de tableaux et de figures n'excédera pas cinq. Afin d'en assurer la qualité lors de la publication, les tableaux et figures sont en noir et blanc et ne doivent pas être surchargés. Ils sont insérés en fin de manuscrit (pas de fichier séparé). Ils sont appelés dans le texte par une mention entre parenthèses (tableau I).

Tableaux

Les tableaux sont numérotés en chiffres romains dans l'ordre d'appel dans le texte. Ils sont accompagnés d'un titre informatif, et d'une légende si nécessaire. En français, le séparateur de décimales à utiliser est la virgule. Les unités doivent être mises en en-tête de ligne ou de colonne. Dans une colonne, les nombres décimaux sont alignés sur la virgule. Les intervalles de confiance sont alignés sur le séparateur de borne qui est le point-virgule. Les traits verticaux sont à proscrire. Les seuls traits horizontaux se situent en début et en fin de tableau ainsi qu'en fin de tête de colonne. Les notes de bas de tableaux sont à appeler par les lettres en minuscule en exposant et dans l'ordre alphabétique.

Figures

Toutes les données non produites directement par le clavier sont des figures (graphiques, dessins, photos, etc.). Elles sont numérotées en chiffres arabes dans l'ordre d'appel dans le texte. Les graphiques ne doivent pas être surchargés par des données chiffrées et par des quadrillages. La représentation des graphiques en trois dimensions n'est pas souhaitable car elle peut fausser le jugement. Pour garantir la publication des figures, les auteurs doivent les créer dans l'optique d'une impression noir et blanc. A défaut, les figures ne seront pas présentes dans l'article.

Si un tableau ou une figure sont issus d'une source extérieure, celle-ci doit être mentionnée.

Informations diverses

Aspects éthiques et réglementaires

Pour les articles de recherche, les incidences éthiques doivent être mentionnées par les auteurs ainsi que les éventuels avis donnés par les comités d'éthique. Les essais cliniques

doivent être déclarés. De même, si une déclaration a été faite à une commission en rapport avec l'informatique et le respect des libertés, celle-ci doit être mentionnée.

Les recherches doivent se conformer aux principes éthiques (en particulier à la déclaration d'Helsinki révisée) et à la législation en vigueur du pays concerné. L'information et le cas échéant le consentement des personnes concernées par la recherche doivent être mentionnés. Les avis des instances éthiques et réglementaires relatives à la protection des personnes et/ou des données doivent être mentionnés.

Abréviations et sigles

Dans le titre d'un article et dans son résumé les abréviations et les sigles sont à éviter.

Le terme entier doit précéder l'abréviation ou le sigle lors de sa première mention dans le texte.

Il n'est pas mis de point après chaque lettre d'un sigle.

Les acronymes – sigles prononcés comme un mot – peuvent s'écrire avec la seule majuscule initiale suivie de minuscules et sans point, lorsqu'il s'agit d'institutions (exemple : Inpes) ; la majuscule n'est pas recommandée pour les acronymes devenus noms communs (exemple : sida).

Notes de bas de page

Leur utilisation n'est pas recommandée. Cependant, elles peuvent être utilisées quand un commentaire est nécessaire pour la compréhension et qu'il ne doit pas alourdir le cours du texte. Les références bibliographiques ne peuvent pas figurer en notes de bas de page.

Caractères italiques

Ils peuvent être utilisés dans certains cas :

- les citations ;
- les titres de journaux ou d'ouvrages cités dans le texte ;
- les mots en langue étrangère non francisés ;
- les citations latines ;
- les mots à faire ressortir du texte (mais une tournure les mettant en valeur est préférable).

Remerciements

Des remerciements peuvent figurer en fin de texte, avant les références bibliographiques.

Des mentions peuvent indiquer les contributions appelant un remerciement mais ne justifiant pas une place parmi les auteurs (par exemple, le soutien du directeur d'un établissement, d'un service, d'une administration, etc.), les remerciements pour les aides techniques, les remerciements pour un soutien matériel ou financier. Dans les recommandations de l'ICMJE, on trouvera toute information complémentaire sur la définition des auteurs et des contributeurs.

Les personnes ayant contribué intellectuellement à l'article, mais dont la participation ne justifie pas le titre d'auteur, peuvent être nommément désignées et leur fonction ou contribution décrite (par exemple, conseil scientifique ou juridique, analyse critique de la méthode, recueil des données, etc.).

Nous recommandons aux auteurs d'obtenir l'accord des personnes concernées avant de faire figurer leurs noms dans les remerciements car les lecteurs peuvent en déduire leur approbation des données et des conclusions. Les auteurs peuvent également dégager la responsabilité des personnes remerciées par une formule comme : « Les auteurs demeurent seuls responsables des erreurs ».

Corrections, rétractations et expressions de réserves

La revue peut publier des corrections, des rétractations et des expressions de réserves émanant, le cas échéants, des auteurs ou des financeurs ou des rédacteurs de la revue.

Médicaments

Compte tenu du lectorat international de la revue, il est préférable de désigner les médicaments par leur dénomination commune internationale. En cas d'utilisation du nom de spécialité, il faut toujours lui associer le libellé de sa dénomination commune internationale (DCI). Le nom de spécialité est écrit avec la première lettre en capitale et il est suivi du symbole des marques déposées en exposant (®).

Unités de mesure

Les mesures de longueur, hauteur, poids et volume sont exprimées en unités du système métrique. La pression artérielle est exprimée en millimètres de mercure. Les auteurs peuvent exprimer les paramètres hématologiques et biochimiques dans les unités couramment utilisées en France mais doivent nécessairement y adjoindre les valeurs converties dans le système international des unités (SI).

Droits d'auteur

La revue paraît sous deux types de supports : une édition imprimée sur papier et des éditions électroniques (sites de l'éditeur, de l'assurance maladie, de Cairn, de bases bibliographiques, cd-rom, etc.). Certaines de ces éditions peuvent être en accès libre, avec ou sans délai par rapport à la date de publication. En soumettant un article, les auteurs acceptent l'édition sur les différents supports et selon les modalités établies par la revue.

En soumettant un article pour publication, les auteurs garantissent que l'article est original, n'a pas été publié auparavant, n'a pas été soumis pour publication à un autre journal, et ne le sera pas jusqu'à réception de la décision de *Santé publique*.

Lorsqu'un manuscrit est soumis à la revue et que celui-ci est accepté pour publication, les auteurs acceptent la cession de leur droit à la revue *Santé publique*.

La politique de la revue *Santé publique* est de favoriser largement la diffusion de ses articles. Cependant, aucun des textes publiés dans *Santé publique* ne peut être reproduit sans l'autorisation de la revue. Les auteurs s'engagent également à demander l'autorisation au rédacteur en chef de la revue *Santé publique* s'ils désirent reproduire partie ou totalité de leur article dans un autre périodique ou une autre publication. Dans les reproductions autorisées, la référence de la première publication devra être mentionnée. Toute demande de reproduction doit être déposée par écrit auprès du secrétariat. Les références de la première publication doivent être mentionnées dans la reproduction.

Mise en accès libre d'un article (*open access*)

La Rédaction de *Santé publique* donne la possibilité aux auteurs d'obtenir l'accès libre pour leur article publié et mis en ligne sur le portail de revues CAIRN, dès sa parution (au lieu d'un délai d'attente de deux ans), moyennant une contribution de 800,00 €. Pour obtenir informations complémentaires et devis, merci de contacter la Rédaction de la revue : ig@sfsp.info.

Dans le cadre d'un partenariat de la CNAMTS, cette option ne concerne pas les articles publiés dans la rubrique Pratiques et organisation des soins car ils bénéficient d'emblée d'un accès libre.

Procédure d'expertise

Tout manuscrit soumis à *Santé publique* est préalablement examiné par la Rédaction afin d'en vérifier :

- la conformité aux instructions aux auteurs ;
- l'inscription du thème de l'article dans le champ couvert par la revue.

Si le manuscrit n'est pas conforme ou est hors champ, il sera refusé sans expertise complémentaire.

Les articles conformes sont envoyés à deux relecteurs pour analyse critique. Les relecteurs disposent de 40 jours à compter de l'acceptation de l'expertise pour rendre leur analyse. Dès réception, les avis des relecteurs sont envoyés à l'auteur avec notification de la décision : acceptation, refus, demande de modifications (majeures ou mineures).

Dans le cas de demande de modifications, l'auteur dispose de 40 jours pour soumettre une version corrigée dans le cas de révisions majeures et de 20 jours dans le cas de révisions mineures. Les auteurs doivent accompagner le manuscrit révisé d'une lettre détaillant et localisant dans le texte les modifications effectuées, et répondant aux commentaires des lecteurs. Le manuscrit révisé peut être envoyé en seconde lecture auprès des relecteurs, invités à remettre un nouvel avis.

Dans le cas d'une acceptation, le manuscrit est examiné une dernière fois par la Rédaction qui peut encore demander des modifications aux auteurs.

Les lettres à la rédaction sont soumises à l'expertise du comité de rédaction qui peut solliciter l'analyse de relecteurs.